رئاسة الجمهورية
المجالس القومية المتخصصة

موســـــــــوعة

المجالس القومية المتخصصة

١٩٧٤ - ١٩٩٠

المجلد العاشر

تقديـــــــم :

أدت التطورات الحضارية المتلاحقة ، خلال القرن العشرين ، الى تغيير جذرى فى قائمة « الحقوق العامة » ، فلم تعد تلك الحقوق مقصورة على الجوانب السياسية وحدها ، وإنما نشأت بجوارها حقوق أخرى على جانب كبير من الأهمية ، وهى الحقوق الاجتماعية التى أصبحت الدول ملتزمة بها تجاه أفراد مجتمعاتها منذ لحظة الميلاد الى نهاية العمر . وهكذا أصبحت تنمية الخدمات الاجتماعية ومرافقها الحيوية هدفا حضاريا وانسانيا ، يؤثر فى سلوك الأفراد وأسلوب حياتهم ، ويحدد الغايات التى يستهدفونها ، كما يزيد من استعدادهم وقدراتهم على البذل والعطاء .

وفى هذا المجال عنى المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية فى دراساته أن يأخذ فى اعتباره ما يأتى :

– أن الموارد البشرية المصرية أكثر وفرة – بسبب الزيادة السكانية المطردة – من الموارد الطبيعية المحدودة ، مما يستلزم التركيز على تنمية تلك الموارد وحسن إعدادها ، وتوفير رعاية صحية واجتماعية بمعدلات أكبر ، ونشر الخدمات وخاصة فى مجالات الرعاية الدينية والشبابية ، وتحسين أوضاع المرافق العامة الضرورية الخادمة للانسان المصرى ، بحيث يمكن لهذه القوة البشرية استغلال الموارد الطبيعية المحدودة بكفاءة واقتدار .

– أن الانفاق على الخدمات يعتبر استثمارا ذا عائد مجز ، سواء على المدى القريب أو البعيد ، إذ ان توفيرها وتوسيع قاعدتها يزيد من قدرة الانسان على العطاء ، وبالتالى زيادة الانتاج .

– أن عدالة توزيع الخدمات والرعاية أمر لازم للاستقرار والأمن ، وذلك كله دون تغذية أية تطلعات لا يمكن تحقيقها فى ظروفنا الراهنة ، وكذلك دون إحداث اليأس الذى يمكن أن يؤدى الى عواقب غير مرغوبة .

– ان توفير فرص العمل وتحسين ظروفه ، وتوفير المسكن الملائم وكفاءة المرافق ، أمور لا غنى عنها فى المجتمع الحديث ، الى جانب اهميتها لبث الشعور بالاطمئنان والانتماء .

وعلى هدى من هذه الاعتبارات والاتجاهات اهتم المجلس بعمل مسح لأهم المرافق والخدمات الاجتماعية ، مع تقديم الحل العلمى لمواجهة ما يشوبها من قصور أو يعترضها من عقبات .

ويتضمن هذا « المجلد العاشر » من موسوعة المجالس القومية المتخصصة : باقى دراسات المجلس القومى للخدمات واقتراحاته وتوصياته فى شأن ترشيد وتوسيع الخدمات الاسكانية والسكانية ، والصحية ، ورعاية الشباب ، والقوى العاملة ، هادفا الى مواكبة التقدم وتطوير المجتمع بالقدر المناسب لامكاناتنا وظروفنا الراهنة .

الإسكان والسكان : تواجه مصر العديد من المشكلات التى تعوق الارتفاع بمعدلات التنمية ، ومن أبرز هذه المشكلات : تصاعد النمو السكانى بمعدلات تزيد كثيرا عن المعدلات المناسبة ، فوق رقعة محدودة من الأرض ، وذلك بزيادة تجاوز حد

التشبع للمساكن ، وتعجز الموارد وكذلك المرافق العامة ، عن الوفاء باحتياجاتها .

ولا شك أن مشكلة الاسكان تأتى فى مقدمة القضايا القومية التى تتطلب حلولا سريعة لسد النقص فى عدد الوحدات السكنية ، ومنع تراكم هذا النقص سنة بعد أخرى . وتقتضى المواجهة العاجلة : توفير الأساسيات الضرورية لاقامة المبانى والمنشآت السكنية – وفى مقدمتها أراضى البناء – ومدها بالمرافق العامة ، فى اطار تخطيط عمرانى سليم . وتوفير مواد البناء المختلفة وتيسير الحصول عليها ، ودعم قطاع التشييد والبناء ، واعداد العمالة الماهرة اللازمة له . وتنشيط دور القطاع الخاص والتعاونى فى انشاء المساكن . مع ضرورة تحقيق التوازن فى العلاقة بين المالك والمستأجر .

أما على المدى الطويل : فينبغى وضع سياسة لإعادة توزيع السكان . والتوسع فى انشاء المدن الجديدة لاستيعاب الزيادة السكانية المطردة . مع مراعاة أهمية تحقيق التكامل فى التجمعات السكانية والمدن الجديدة ، بما يتيح الموارد بكافة أنواعها ، وتوفير أسباب الحياة بكل مقوماتها . لكى تحقق الغرض من انشائها فى جذب عدد كبير من السكان اليها وتخفيف الضغط على القاهرة والمدن الكبرى .

الخدمات الصحية : تأخذ الدول على عاتقها مهمة تقديم الرعاية الصحية لجميع مواطنيها ، باعتبارها حقا من الحقوق الأساسية لكل فرد فى المجتمع . وتشتمل الرعاية الصحية على شقين أساسيين : الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية ، بفروعهما المختلفة التى يلزم أن تتم من خلال نظام شامل يضمن التكامل بين المستويات المتنوعة للخدمات الصحية من أولى درجاتها ، وحتى أعلى درجات الخدمة التخصصية . مع التنسيق بين جميع الخدمات العلاجية لتتكون محصلة ذات مضمون اقتصادى من جملة الخدمات التى يقدمها القطاع الحكومى ، والعام ، والتأمينى ، والخاص .

وتتوخى الرعاية الصحية كفالة حق المواطن فى الخدمة الصحية ، وتطوير وتنسيق نظم العلاج ، والتوسع فى خدمات التأمين الصحى .

رعاية الشباب : يكتسب الفرد خصائصه الانسانية وأنماط سلوكه من خلال التجارب التى يشارك فى صنعها ويعيشها مع الأسرة والأصدقاء والزملاء . ومن ثم فان علينا توفير الفرص للشباب ليسهموا بذاتيتهم ورغبتهم فى صنع تجارب حياتهم بدءا من المشاركة فى اتخاذ القرار الى التخطيط ثم التنفيذ ، وتقدير النتائج والافادة من الخطأ والصواب . وتقع هذه المسئولية فى المقام الأول على عاتق الجماعات والمؤسسات الشبابية ، مع مراعاة ظروف كل قطاع من قطاعات الشباب ومشكلاته وحاجاته . ولا يعنى ذلك الاكتفاء بصفوة محدودة من المتفوقين والموهوبين ، بل ينبغى أن تخطط برامج الشباب بحيث تكون ممارسة الأنشطة كلها ميسرة للجميع ، حتى يمكن تحقيق التوازن فى نمو الشباب من خلال تكامل تربوى : ثقافى ودينى واجتماعى ورياضى وفنى ، للوصول الى غاية واحدة مشتركة هى التنشئة والتنمية المتكاملة .

القوى العاملة : التنمية عملية مستمرة تحتاج الى حشد كافة الموارد والامكانات المتاحة ، وفى مقدمتها العنصر البشرى

الذى يمثل العصب الرئيسى للانتاج ، مما يتطلب زيادة قوة العمل المنتجة ورفع مستوى مهارتها وكفايتها وقدرتها على الابتكار . على أن يراعى فى هذا المجال :

• أن يتم تخطيط القوى العاملة ، باعتباره جزءا لا يتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، ضمن الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل ، بحيث يتم التنسيق بين : سياسات الاستثمار ، وسياسات الاستخدام والأجور ، وسياسات التعليم والتدريب ، وباقى السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة ، بهدف توسيع الطاقة الاستيعابية للاقتصاد المصرى لتستوعب كافة نوعيات العمالة مستقبلا .

ويقتضى ذلك : تطوير نظم وسياسات التعليم والتدريب والبحث العلمى ، بما يؤدى الى الوفاء باحتياجات المجتمع ، من حيث الكم والكيف ، فى التخصصات والمهارات المطلوبة ، وبما يحقق التوازن بين الاحتياجات والموارد من القوى العاملة المؤهلة والمدربة ، فى الأجلين القريب والبعيد .

• • •

وقد أولى المجلس فى دراساته لجميع هذه الموضوعات اهتمامه لبحث المشاكل الملحة التى تواجه التنمية الاجتماعية لتحقيق آمال المواطنين ورفع المعاناة عنهم – وعنى فى الوقت نفسه بوضع السياسات طويلة المدى فى هذا المجال باعتبار الترابط الشديد بين هذين الاتجاهين ، اذ لا يمكن السير فى أى منهما بمعزل عن الآخر .

ولعل المضامين التى اشتملت عليها البحوث والدراسات التى يضمها هذا المجلد ، وما توصلت اليه من حلول ، وما انتهت اليه من مقترحات وتوصيات – تكون ركيزة أساسية فى بناء استراتيجية مصرية للتنمية والخدمات الاجتماعية ، تعين واضعى السياسات طويلة المدى ، وتساعد رجال التخطيط على التوصل الى سبيل قويم لحل المشكلات الملحة التى تواجه مجتمعنا .

ومن الله نستمد العون

د . محمد عبدالقادر حاتم

المشرف العام

على المجالس القومية المتخصصة

- الاسكان والتعمير
- السياسة السكانية
- الخدمات الصحية
- الشباب والرياضة
- القوى العاملة

دراسات وتوصيات المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية

القسم الأول

الاسكان والتعمير

اتجاهات عامة
لعلاج المشاكل الرئيسية للبيئة

تهتم الدول المتقدمة برفع المستوى الاجتماعى والثقافى والاقتصادى والصحى لمواطنيها والتخطيط لها من خلال تحسين وسائل الانتاج وتوفير الخدمات العامة كالطرق والمياه الصالحة للشرب والكهرباء ووسائل التخلص من الفضلات السائلة والجافة ووسائل الانتقال والمواصلات ومشروعات الصحة الوقائية والعلاجية وغير ذلك من الخدمات اللازمة لخلق بيئة بشرية سليمة وحمايتها من الخلل والتلوث لتظل صالحة لمعيشة الانسان على مستوى لائق بانسانيته ، ولاستثماراته - وبالتالى مراقبة نمو المدن والقرى على السواء وتطويرها ضمن الخطط التى تقررها من خلال الدراسات التنظيمية الشاملة ، فالبيئة اذن هى مصدر الحياة للانسان حيث تجمع كل العناصر الطبيعية والاجتماعية والثقافية ، ولذا كان ولابد أن يندمج الانسان فى البيئة كعنصر داخل فى دورتها ، كما أن هيئة الأمم المتحدة قد اختارت تاريخ انعقاد أول مؤتمر عالمى للبيئة يوم ٥ يونيه ١٩٧٢ ليكون اليوم العالمى للبيئة ، تحتفل فيه كل دولة بالدعوة والترشيد للقضايا البيئية على المستوى الدولى ولتبادل الرأى فى العمل على حل مشاكلها . ولعل من الواضح أن التخطيط البيئى لابد أن يشتمل على معظم مقومات الحياة سواء النواحى الخاصة بالثروات القومية الحاضرة والمحتملة كالزراعة والتشجير والصناعة والتعدين ثم المرافق العامة ، والتى لها جميعا دراسات أخرى متخصصة فى غير مايتعلق بالبيئة لايتسع لها هذا المجال .

لذا اقتصرت دراسة المجلس على مقومات البيئة المصرية ومشاكلها والخدمات والأنشطة البيئية المختلفة المتعلقة فقط بالمجتمعات السكانية والمؤثرة فى البيئة خاصة المرافق العامة لما لهامن تأثير مباشر محسوس على حياة الانسان ومايحيط بها ، وسواء كانت تلك المشاكل من العوامل المؤثرة على مستوى البيئة والتى تتسبب فى تدهورها من جانب ، أو من العوامل التى تبعث على تلوث البيئة وتعمل على انهيارها من جانب أخر - وذلك بغية الوصول الى الوسائل الكفيلة بالحد من تلك المؤثرات والعمل على رفع مستوى البيئة والمحافظة عليها ، وكذلك القضاء على تلوث البيئة أو التحكم فيه للوصول الى المعايير القياسية للمجتمعات المتحضرة ، الى جانب النواحى الاجتماعية والاقتصادية لحماية البيئة - وعلى ذلك فقد اقتصرت دراسة المجلس على النواحى التالية :

أولا : العوامل المؤثرة على مستوى البيئة

١- الانفجار السكانى :

لقد واجهت مصر كثيرا من المشاكل المؤثرة على البيئة والمعوقة لمعدلات التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، ولعل من أهمها الانفجار السكانى والمشاكل المترتبة عليه ، والذى يمكن التعبير عنه بأنه النمو السكانى بمعدلات تزيد كثيرا عن المعدلات المناسبة فوق رقعة محدودة من الأرض وذلك بزيادة تجاوز حد التشبع للمساكن وتعجز الموارد وكذلك المرافق العامة عن الوفاء باحتياجاتها .

وبالرغم من أنه سبق التنبيه الى خطورة الوضع السكانى فى مصر منذ سنوات الثلاثينات حيث زاد السكان فى مصر أضعاف الزيادة فى مساحة الأرض المنزرعة الا أنه لم يستطع احد وقتئذ الاشارة الى تنظيم الأسرة مخافة إثارة الشعور القومى وتفاديا لغضب رجال الدين ، وظل الأمر كذلك حتى تاريخ انعقاد المؤتمر الدولى السادس لتنظيم الأسرة فى

القاهرة عام ١٩٣٧ تحت اشراف اللجنة الطبية المصرية ، فقد صدر على إثر ذلك فتوى من مفتى الديار المصرية تجيز اتخاذ بعض صور التنظيم .

ولكن قيام الحرب العالمية الثانية استقطب اهتمام الرأى العام وحوله الى ماعداه حتى سنة ١٩٤٥ ، ومن ثم لم يتم الاهتمام جديا بالمشكلة السكانية ، وصاحبه الانخفاض المستمر فى نصيب الفرد من الأراضى الزراعية دون الاهتمام بالتصنيع فانعكس ذلك على الدخل القومى . واستمر هذا الوضع الى أن تم انشاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة سنة ١٩٦٥ وانشاء مراكز له متعددة بمختلف الجهات فكان ذلك ايذانا بتوزيع مسئوليات تنظيم الأسرة على القطاعين الحكومى والأهلى واتخاذ خطوات جدية تنفيذية فى هذا السبيل من الأجهزة والمراكز المختلفة المعنية فى طول البلاد . والأمل أن يزيد نجاح هذه الأجهزة بنصيب فى الحدمن تفاقم الانفجار السكانى الذى أصبح يلتهم كل الجهود المبذولة فى تنمية الدخل القومى ويتسبب فى تدهور المرافق المختلفة والعوامل المؤثرة فى صحة البيئة المصرية من مياه وصرف صحى وتخلص من الفضلات (النظافة العامة) ومخلفات الصناعة وتلوث الهواء والتربة والازدحام العام والضوضاء .

وليس بخاف فى هذا المجال أهمية تخطيط المدن وأثره على البيئة ، ويقتضى ذلك سرعة اعتماد الخطوط العريضة لتخطيط كل من المدن الكبرى الحالية وتحديد أقصى كردون لها على أساس التشبع السكانى الذى يتحدد لكل مدينة ، مع مراعاة أفضل المراكز الثقافية والترويحية ومراكز الخدمات كالبريد والشرطة والمحاكم والمناطق التجارية واحاطة المدينة بأحزمة خضراء من الزراعة والتشجير لتوفير مناطق صحية وترويحية ومصدر مناسب للغذاء للمدينة لكى تتم الدراسات التفصيلية والتوسعات المستقبلة حتى عام ٢٠٠٠ لجميع المشروعات بما فى ذلك المرافق العامة وشبكاتها وفروعها على أساس تخطيطى سليم ولايتناولها التغيير المستمر مستقبلا والذى له أثره على البيئة والاقتصاد القومى – وأن يراعى ذلك أيضا فيما يقرر انشاؤه بالنسبة للمجتمعات والمدن الجديدة .

٢– الهجرة الداخلية :

ان الهجرة الداخلية من الريف الى المدن المختلفة أصبحت ظاهرة عامة ، فضلا عن كونها واضحة فى القاهرة وبعض المدن المصرية الأخرى ، وأساسها فى الواقع يرجع جزء كبير منه الى الانفجار السكانى من جانب ولاعتبارات اقتصادية واجتماعية من جانب أخر – كما أن التصنيع يلعب دورا هاما فى هذا الشأن وما يستتبع ذلك من أسباب الجذب لاتاحة فرص عمل جديدة وأمل البعض فى تحسين مستوى المعيشة وزيادة دخله . وتفاقمت هذه الظاهرة حاليا فى القاهرة الكبرى حيث زادت نسبة تعداد سكانها الى جملة سكان الجمهورية من ١٤٪ سنة ١٩٧٦ الى حوالى ٢٠ ٪ سنة ١٩٨٠ أى أن فى العاصمة وحدها حوالى خمس سكان الجمهورية ، وتزيد هذه النسبة سنة بعد أخرى ويتزايد التزاحم بما يؤثر تأثيرا سيئا على البيئة المعيشية الأمر الذى يلزم تداركه فورا منعا للآثار السيئة البيئية وغيرها المترتبة على ذلك .

ولما كانت هذه الظاهرة تشمل الكثير ممن لاعمل ولاحرفة له بالقاهرة ، ولارأسمال يستغله ، فيهاجر الى القاهرة ويعمل بائعا متجولا أو بائع يانصيب وماشابه ذلك ويقطن ويعيش بأى صورة ، مما يساعد على ظهور تجمعات بشرية متباينة تضم تكدسا سكانيا كثيفا متخلف الوعى ، كثير الانجاب ومنخفض المستوى الاقتصادى والاجتماعى والصحى ، الى جانب مايثيره من مشاكل للأمن العام وتلوث البيئة والعمل على تدميرها ثم يطالب بحقه فى توفير الخدمات والمرافق له على مختلف أنواعها من مسكن ومياه وصرف صحى وكهرباء ونقل ورعاية صحية واجتماعية ... الخ ، وذلك كله علاوة على ماتضيفه الهجرة المطردة المترتبة على التوسعات الصناعية المترادفة بأطراف القاهرة الكبرى والخدمات اللازمة لها ، مما أثقل كاهل هذه المرافق وجعلها عاجزة عن أداء

الخدمات الضرورية .

لذلك فان الأمر يقتضى استيعاب مثل هؤلاء المهاجرين مستقبلا فى محافظاتهم بانشاء عوامل جذب بها وانشاء مراكز للتدريب والتأهيل للحرف بتلك المحافظات وانشاء المصانع الجديدة بها مع عدم انشاء اية مشروعات صناعية جديدة فى نطاق مدينة القاهرة الكبرى التى وصلت الى درجة التشبع فى هذا المجال .

ومن الحلول العاجلة لهذه الظاهرة ان تصبح مدنية القاهرة الكبرى مقفلة أمام أى هجرة جديدة اليها لفترة مؤقتة فلا يسمح بعد ذلك التاريخ بالاقامة المستديمة بها الا لمن له عمل ثابت فيها أو تتوافر فيه شروط معينة يحددها القانون ، أو أن تتم بتصريح لفترة محدودة تعتبر الاقامة خلالها زيارة مؤقتة لقضاء مهمة خاصة شأنها فى ذلك شأن ما اتبع فى بعض عواصم الدول - وذلك الى جانب اعلان المدينة مقفلة أمام أية انشاءات لمصانع جديدة ويوجه انشاؤها الى مدن أخرى حسب احتياجاتها .

هذا بالاضافة الى ضرورة وضع خطط طويلة الأجل لتنمية وتقدم المناطق الريفية والمدن الأخرى ووضع الأنظمة والتشريعات اللازمة مع الحزم الشديد فى مراقبة تنفيذها .

٣- الهجرة اليومية :

كان للزيادة المطردة فى عدد السكان والزيادة فى عدد المساكن القديمة الآيلة للسقوط ، مع تزايد الهجرة الداخلية من الريف الى المدن ، شأن كبير فى تفاقم مشكلة الهجرة اليومية . كما أن انشاء المصانع الجديدة خاصة بعد الثورة ، وتركيزها وكذلك شركات القطاع العام ، فى مدينة القاهرة الكبرى ، قد أدى الى مشكلة جديدة ، وهى الهجرة اليومية للعاملين بتلك المصانع وشركات القطاع العام والتى بلغت فى مدينة القاهرة أكثر من مليون نسمة ، تضيف عبئا جديدا مفاجئا على المرافق العامة من مياه ومجارى ونقل ومواصلات حتى أعجزها تماما ، فوق قصورها عن القيام بأداء خدماتها ، وتزيد فى الزحام والضوضاء التى تعانى منها القاهرة مما يؤدى الى تدهور البيئة وزيادة التلوث ، وليس هناك من سبيل للحد من هذه الظاهرة الا بإجراء دراسات شاملة لجميع الظروف المتشعبة لهذه الهجرة ، مع الأخذ فى الاعتبار نقل ما يمكن نقله من المصانع الى الأقاليم وانشاء المساكن اللازمة للعاملين بها ، مما يساعد على استقرار ملايين من المواطنين وتوفير الجهد والوقت والمال الذى يضيع فى الانتقال وينعكس بالتالى على قدرة المواطنين على الانتاج علاوة على أثره السيىء على البيئة من مختلف النواحى .

٤- الزحام وصعوبة المرور والضوضاء :

ان الانفجار السكانى والهجرة الداخلية والهجرة اليومية ، بالاضافة الى عدم توفير المساكن بالمدن وضيق الرقعة السكانية نسبيا ، تتضافر جميعا فى خلق مشكلة خطيرة على مستوى البيئة وهى زيادة معدلات الكثافة السكانية الى حد لايتلاءم حتى مع المعيشة المتواضعة فى بعض الأحياء بالمدن ، حيث بلغت كثافة السكان فى مدينة القاهرة مثلا نحو ١٠٠٢٢٥ نسمة فى حى باب الشعرية بالكيلومتر المربع ، ١٠٠٩٠٧ فى حى روض الفرج فى تعداد سنة ١٩٧٦ بمايجاوز أربعة أمثال الكثافة المناسبة .

ولم يقتصر الزحام على المعيشة السكنية فقط ، بل شمل أيضا وسائل الانتقال حتى أصبح الكثيرون يفضلون السير على الأقدام عن استعمال السيارات ووسائل الانتقال الأخرى ، كما أن السير على الأقدام لم يعد أسهل بكثير ، فقد اكتظت الأرصفة وازدادت الحفر الناجمة عن اصلاح المرافق من مياه ومجارى وكابلات تليفون وغيرها . وكذلك فان المحال المقلقة للراحة كالورش والمصانع القائمة بين الأماكن السكنية ، تسبب كثيرا من الضوضاء ، وهذا يقتضى نقلها الى مناطق محددة بأطراف المدينة فى الأماكن المخصصة لها ، مع تطوير التشريعات الحالية وإحكام الرقابة والتنفيذ . ومن الجدير بالذكر أن الضوضاء فضلا عن أثرها الضار على صحة الانسان والجهاز العصبى له بصفة خاصة ، فان لها أثرها السيىء من الناحية الاقتصادية أيضا ،

حيث ينفر السياح من طول الاقامة بل ومن تكرار الزيارة ويكون ذلك احدى الدلالات السيئة لما عليه البلاد من هبوط لمستوى البيئة على الصعيد العالمى .

لذلك فانه يجب العمل فورا على تخفيف أثر الزحام والضوضاء والمرور ، بدراسة العوامل المؤدية الى ماوصلت اليه حال كثير من المدن المصرية ، مع مراعاة تنفيذ قوانين الوقاية من الضوضاء بحزم شديد وأن يتبع نظام المناطق المحددة بحيث لايكون هناك خلط بين الأماكن المقلقة للراحة والأماكن السكنية – وان تعاد دراسة وسائل النقل المناسبة لشوارع المدن – وقد يستدعى الأمر منع مرور السيارات فى بعض الشوارع ، ومراعاة ذلك فى تخطيط المجتمعات الجديدة .

ثانيا : تلوث البيئة

التلوث هو كل تغيير فى الصفات الطبيعية للعناصر التى تتحكم فى البيئة التى يعيش فيها الانسان وأهمها الماء والهواء والتربة ، تغييرا يؤدى الى الاضرار بها نتيجة للاستعمالات المشروعة لهذه العناصر وذلك بسبب اضافة مواد غريبة عنها – كما أن التلوث بأنواعه المختلفة له أثره السيىء على البيئة . فالتلوث البيولوجى مثلا يشمل التلوث الميكروبى والطفيلى والمنقول من الحشرات الناقلة للأمراض المعدية والمتوطنة من المخلفات الادمية والحيوانية التى تلوث المياه والطعام ، وكذلك من القاء مخلفات المدن والصناعة بجوار موارد مياه الشرب أو المصارف الزراعية ثم الاستخدام الآدمى للمياه ، كما تتلوث المنتجات الزراعية بالمبيدات الحشرية وتسبب الأمراض والتسمم للانسان والحيوان اذا كان تركيزها عاليا أو اذا تراكمت فى جسم الانسان بجرعات صغيرة لفترات طويلة .

والتلوث الكيميائى ينتج عن عمليات التصنيع والنشاط الزراعى مثل تلوث الهواء من دخان المصانع وأتربة عمليات البناء وصناعة الأسمنت ومن دخان عادم وسائل النقل أيضا ، هذا الى جانب أنواع التلوث الأخرى كالتلوث بالمواد المشعة نتيجة التجارب الذرية وغيرها ومايترتب عنها من تلوث للهواء والماء والأغذية . ومن الواجب القضاء على مسببات هذا التلوث وبصفة خاصة فى أهم العناصر المؤثرة فى البيئة وهى الهواء والماء والتربة .

١- تلوث مصادر مياه الشرب والمجارى المائية والبحار والبحيرات :

أ- مياه الشرب :

بدأ العالم يصل الى مرحلة نقص خطير فى المياه العذبة ، لا فى المناطق الصحراوية فحسب ، ولكن أيضا فى غيرها من المناطق مثل المناطق الساحلية وكذلك مناطق التعمير والاستصلاح الجديدة مما استلزم الاتجاه صوب البحر لتدبير الاحتياجات من الماء العذب حتى لايؤخر الافتقار اليه خطوات النمو الاقتصادى أو يؤدى الى تدهور مستوى المعيشة لسكانها . وكما أن الماء لازم لاستمرار الحياة فقد يكون سببا فى القضاء عليها ، اذا استعمل ملوثا سواء بالميكروبات المنقولة الى مياه الشرب من المخلفات الادمية والحيوانية أو من المخلفات الصلبة ، أو فضلات الصناعة أو من المبيدات الحشرية . مما يتحتم معه القضاء على كل أسباب مايعرض مياه الشرب الى التلوث ووضع التشريعات لذلك ومراقبة تنفيذها بكل دقة ، وذلك بالتنسيق بين الجهات المعنية بمصادر هذه المياه وأهمها أجهزة الرى والزراعة والصناعة .

ولما كانت عمليات المياه الجوفية عرضة أيضا للتلوث دون الانتباه الى ذلك ، اذا لم تتوفر لها العناية اللازمة بالكشف والتطهير الدورى لها ، وبصفة خاصة لخزانات المياه العالية ، للاطمئنان على استمرار مطابقة مياهها للمعايير الصحية ، وخاصة خلوها من مركبات الحديد والمنجنيز والأملاح الضارة ، والمبادرة بالمعالجة اللازمة لما لها من تأثير سيء على الصحة العامة ، لذا يقتضى الأمر تطوير القانون ٢٧ لسنة ١٩٨٧ ولائحته التنفيذية فى شأن تنظيم الموارد العامة لمياه الشرب بما يلزم الجهات المحلية القائمة على تشغيل عمليات المياه الجوفية بذلك مع فرض العقوبات الرادعة عن كل أهمال .

ب- المجارى المائية والبحار والبحيرات :

تهتم الدول المتحضرة بتجميع ومعالجة المخلفات السائلة والتخلص منها بطريقة سليمة بما يرفع المستوى الصحى والاجتماعى والاقتصادى

للمواطنين وبالتالى يؤدى إلى زيادة الانتاج - بدلا من طرق الصرف القديمة ومالها من تأثير سيء على البيئة نتيجة تشبع التربة بالمياه المتسربة من خزانات المبانى وارتفاع منسوب المياه الجوفية بما يضر بالصحة العامة ، ويلوث مصادر مياه الشرب المستمدة من الآبار الارتوازية ، علاوة على الخطر الذى يهدد أساسات المنشآت وسلامتها .

ورغم أن مشروعات المجارى أكثر كلفة وصعوبة فى التنفيذ من منشآت المرافق الأخرى ، الا أنها لضرورتها وأهميتها فان كافة الدول المتحضرة أخذت الخطوات اللازمة لتعميمها طبقا لأحدث النظريات ، وأصبح تعميم مرفق المجارى فى الدول مقياسا لمدى تقدمها فى أسلوب المعيشة والحضارة ومستوى البيئة ، فبدلا من أن يكون الصرف للمخلفات الآدمية والسائلة مصدرا للتلوث ، يصبح مصدرا لزيادة الانتاج القومى ، حيث تستخدم المياه بعد تنقيتها تنقية تامة فى الرى لزيادة الرقعة الزراعية ، وتستخلص المواد الراسبة كسماد لزيادة غلة الأرض وتخصيبها ، كما أن الغازات الناتجة من عمليات المعالجة تستخدم كوقود لادارة الماكينات وكذلك مصدرا للاضاءة والكهرباء.

ولقد كان نتيجة للتخلف فى انشاء مشروعات المجارى بالمدن فى الجمهورية وعدم مجاراتها للتوسع فى استهلاك المياه لأغراض الشرب والاستخدام المنزلى بالاضافة الى التوسع الصناعى واحتياجات المصانع لصرف مخلفاتها ، أن برزت مشكلة التخلص من المخلفات السائلة فى كثير من مدن الجمهورية مما ترتب عليه صرفها فى مجارى المياه والبحار والبحيرات دون معالجة فى كثير من الأحيان ، هذا بالاضافة الى ظاهرة الطفح فى بعض المواقع بتلك المدن مما يعرض صحة المواطنين للخطر ويؤدى الى تدهور البيئة بصفة عامة .

ولما كان القانون ٩٣لسنة ١٩٦٢ ولائحته التنفيذية بشأن صرف المخلفات السائلة لايلقى جدية فى مراقبة أحكامه بشأن المخلفات قبل صرفها فى المجارى المائية ، فان الأمر يحتاج الى معالجة هذا القصور فى التطبيق - كما يقتضى الأمر أن يشمل القانون حماية شبكات المجارى وشبكات تجمع مياه الرشح من التوصيلات المختلفة ، تلافيا لما ينجم من تلوث التربة والمياه الجوفية . وان توضع خطة لمشروعات التخلص من مياه الرشح العالية أو تخفيضها فى المدن التى لايتيسر فى وقت قريب عمل مشروع للصرف الصحى لها وذلك لخفض المياه الجوفية الحالية لما لها من أثر ضار بالصحة العامة .

٢- تلوث الهواء :

التلوث الجوى هو أحد أنواع التلوث الخطير على حياة الانسان وصحته والذى يتسبب عنه بعض الأمراض المستعصية ، وهو من أهم المشاكل الحديثة فى البيئات الحضرية بالدول النامية التى تتطلع الى الصناعة وتتعطش الى مشاريع التنمية كعامل أساسى فى رفع مستوى الدخل والقضاء على البطالة . ويعد تلوث هواء المدن أحد مشاكل التلوث الجوى فى مصر . وقد أصبحت هذه الظاهرة ملموسة وطاغية فى بعض البيئات الحضرية ، ففى القاهرة مثلا يتفاقم خطر سحابة الدخان التى تطلقها يوميا عوادم أكثر من مائة ألف سيارة تجوب شوارعها ومائة وعشرين مدخنة للمصانع تنفث الخطر فى أجوائها ، هذا فضلا عن حوالى عشرين ألف موقع تنتشر وسط القاهرة ومساكنها من الورش والصناعات الصغيرة وغيرها وتنبعث منها طوال النهار والليل عوادم ونفايات يتلوث منها الجو .

ومن المعروف أن القاهرة الكبرى تشمل عدة مناطق تتركز فيها المصانع وتحيط بالعاصمة ، أهمها حلوان والتبين وشبرا الخيمة ومسطرد . فقد أقيمت بهذه المناطق صناعة الحديد والصلب ومجتمعاتها ومصانع الأسمدة والكيماويات والأسمنت وغيرها من الصناعات التى لها عوادم فعالة فى التلوث الجوى - وقد أدت هذه المصانع الى تلوث الهواء المحيط بها . وأصبح الأمر يستلزم سرعة العلاج لحماية البيئة من عوامل السموم والتخفيف من اثارها .

ولاشك فى أن التخطيط البيئى على جميع المستويات سواء القومى أو الاقليمى والحضرى يساهم فى عدم تفاقم مشكلة تلوث الهواء

مستقبلا الى جانب العمل لتقليل هذا التلوث تدريجيا حتى القضاء عليـــه .

٣- تلوث التربة :

لاشك أن الرى والصرف هو أساس هام فى التنمية الزراعية خاصة فى البلاد النامية وأن مشروعات الرى والصرف لها اثار جانبية كثيرا ماتسبب تدهورا فى خصوبة التربة وملوحتها وارتفاع منسوب المياه الجوفيه فيها اذا كانت مشروعات الصرف الرى بها غير متناسقة . ومن أسباب تلوث التربة تشوين الأسمدة البلدية داخـل الكتلة السكنية بالريف ، والقمامة والنفايات الصلبة بالمدن وذلك لما تحمله من ميكروبات وطفيليات ، وكذلك استخدام الكيماويات الخاصة بمقاومة الآفات ومالها من تاثير على المنتجات الزراعية وبصفة خاصة الخضروات .

ولذلك فان التخطيط الحديث يجب أن يشمل العلاقات البيئية المتزنة بين التربة والنبات والماء للحصول على أعلى انتاج دون الإضرار بالبيئة ، مع المحافظة عليها بالعمل على مكافحة الآفات بالأساليب المستحدثة حديثا بتطوير الآلات المستعملة فى مجال المبيدات بغية تقليل تلوث البيئة الى أقل حد ممكن ، وأن تعمل جهات الاختصاص على تعديل التشريعات الخاصة بتسجيل المبيدات وتصنيعها والاتجار فيها لتكون على أحدث المعايير المؤثرة على الحشرات والطفيليات بأقل ضرر على البيئة ، ومتابعة نتائج ذلك التطوير .

٤- التلوث من النفايات والفضلات الجافة :

تعتبر النظافة العامة من أهم دعائم حماية البيئة الانسانية (سواء فى الحضر أو فى الريف) من مضار انتشار الذباب والناموس والحشرات الناقلة للأمراض والتى تجد فى الفضلات الجافة (القمامة) مرتعا خصبا لنموها ، فضلا عن الروائح الكريهة والمناظر المقززة التى تنجم عن تركها دون التخلص منها ، أو عن نقلها مكشوفة تجوب الشوارع فضلا عما لذلك من أثر سيء على تنشيط السياحة ، اذ ينفر السياح من تكرار العودة .

وفى الدول المتقدمة ، يتم التخلص من القمامة بطرق حديثة تستهدف أولا حماية البيئة وذلك سواء بتحويلها الى سماد وغازات تستخدم فى الوقود ، أو بالردم فى المناطق الصحراوية خارج المدن لاستحداث مساحات جديدة من الأراضى صالحة للتشجير وانشاء الحدائق وغيرهـــا .

وبالرغم من صدور التشريعات بفرض الضرائب على المواطنين للمساهمة فى القيام بأعمال النظافة العامة ، فان الجهات المعنية بالنظافة العامة بمختلف مدن الجمهورية تنشط فقط فى تحصيل تلك الضرائب دون القيام بالنظافة العامة ، مما يستلزم تعديل قانون النظافة وتحديد أسلوب القيام بها وتحديد مسئولية المشرفين عليها ومساءلة المقصرين فى أدائها . هذا الى جانب وضع الخطط العملية اللازمة للنظافة العامة وردم البرك والمستنقعات بالقرى بمايتناسب مع طبيعة البيئة والحياة بالريف .

ثالثا : النواحى الاجتماعية والثقافية والتنظيمية للبيئة

١- التوازن الطبيعى للبيئة :

تعتبر البيئة المستودع لموارد الانسان والذى تتفاعل فيه هذه الموارد مع بعضها البعض وتؤثر على الانسان وتتأثر به خصوصا فى العصر الحالى الذى تتزايد فيه قدرة الانسان على التأثير فى البيئة ، وللبيئة توازن حركى (ديناميكى) تحفظه مجموعة من الضوابط المتشابكة المعقدة التى لم تعرف كلها بعد ، ومع ذلك فالبيئة مرنة ولها طاقة معينة على استيعاب مايمكن أن يطرأ عليها من تغييرات وماقديحدث لها من تعديلات نتيجة لنشاط الانسان - ولكن هذه الطاقة على الاستيعاب لها حدود ، فاذا تجاوزنا هذه الحدود أدى ذلك الى خلل يصعب اصلاحه أو تعويض خسائره ، ولايمكن للانسان أن يتعرف على هذه الحدود الا عن طريق البحوث والدراسات التى ترشده الى أين يمكن أن يذهب فى تعامله مع البيئة وأين يلزم أن يقف .

لذلك فانه يلزم تنشيط الأبحاث المتعلقة بالبيئة وعوامل توازنها وحمايتها والمحافظة على سلامتها ومكافحة التلوث مع الرقابة والعمل على عدم تجاوز حدود استيعاب البيئة .

٢- التقييم البيئى :

حتى يمكن المحافظة على البيئة التى أصبحت تتحكم فيها التكنولوجيا على صيغتها الطبيعية فى عصرنا الحديث ، فانه لابد من وضع ضوابط وقواعد لتظيم العلاقات والمشروعات المختلفة التى تشمل كل الأنشطة التى تمس حياة الانسان .

ومن هنا نجد أن البيئة ومالها من ارتباط بحياة الانسان ، تدخل فى قطاعات مختلفة مثل النقل والمواصلات والاسكان والمرافق والطاقة والصناعة والزراعة والرى ... الخ . فالنقل من حيث أنه يسهل طرق الانتقال والربط بين المجتمعات المختلفة والنهوض الاقتصادى بالدولة ، الا أنه قد يؤدى الى تلوث الهواء وإحداث الضوضاء .

أما الاسكان والمرافق من مياه وبحار وكهرباء ، فهى واضحة المعالم لعلاقتها بالبيئة وتطورها وأهميتها الحيوية والاقتصادية ، الا أنها عرضة للتلوث .

كذلك بالنسبة الى الصناعة والطاقة فهى عنصر أساسى ومباشر فى البيئة ، والمكون الرابع مع الهواء والماء والغذاء الذى يلزم لوجودالحياة ، لذا كان ضروريا المحافظة على مصادر الطاقة الطبيعية والصناعية واكتشاف مصادر أخرى لها .

أما الزراعة ، مع ارتباطها الوثيق بالرى ، فهى مصدر الطعام للانسان ومؤثر فعال ولابد من المحافظة عليها من تلوث المبيدات الحشرية وغيرها من أسباب التلوث ، واستخدام الطرق الحديثة التكنولوجية فى استزراع الأراضى وانتاج المحاصيل .

وتأسيسا على ماتقدم فانه لابد من التقييم البيئى لكل من المشروعات المتعلقة بهذه الأنشطة لتحديد مدى فاعليتها وتأثيرها على البيئة ، وذلك بأن يتم الربط بين التشريعات البيئية والتخطيط الانمائى ، بأن تنص التشريعات البيئية على أن يتضمن التخطيط الانمائى عنصر التقييم البيئى للمشروعات مع وجوب إعداد تقرير تفصيلى للآثار البيئية لأى مشروع ، للتعرف والتنبؤ والتفسير للعواقب البيئية للمشروع الانمائى والـذى علـى أساسـه يصـدر القـرار النهائـى بشـأن تنفيذ المشــروع .

٣- التوعية والترشيد البيئى:

يلزم للمحافظة على البيئة ، فى تنفيذ مشروعات التنمية المختلفة أن يوضع تخطيط انمائى للمجتمع متضمنا عنصر التقييم البيئى ، وأن يقوم على دراسة شاملة لجميع الثروات القومية المستغل منها حاليا والمحتمل فى المستقبل ، مع ترشيد استغلالها متوازية ، وحماية البيئة المصرية من المضاعفات التى تنجم عن العجلة التى تقع فيها نتيجة الحاجة الملحة الى مشروعات التنمية المختلفة شاملا ذلك انشاءات المدن الجديدة .

ومن الجدير بالذكر أن جهات متعددة تتبع وزارات مختلفة وتنظيمات ادارية متباينة تعنى بدراسة مشاكل البيئة ، يصعب ايجاد العلاقات اللازمة بينها لتنفيذ نتائج تلك الدراسات ومتابعة تقييمها ، وعلى سبيل المثال ، فانه توجد لجنة دعم بحوث البيئة بأكاديمية البحث العلمى ، كما أن هناك لجنة مشكلة بوزارة التربية التعليم لدراسة المسائل البيئية بالشعبة القومية للتربية والعلوم والثقافة ، وكذلك وحدة لدراسات تلوث المياه بالمركز القومى للبحوث ولجنة عليا للبيئة برئاسة وزير الصحة الى جانب اللجنة العليا لمياه الشرب بوزارة الصحة أيضا ، فضلا عن صدور القرار الجمهورى رقم ٨٦٤ لسنة ١٩٦٩ بانشاء لجنة عليا لحماية الهواء من التلوث - وهذه كلــها أو معظمها تختص بالبحث فى احد أنشطة البيئة .

هذا علاوة على الندوات العلمية والمؤتمرات التى نظمتها منفردة تلك الجهات مثل مؤتمر أكاديمية البحث العلمى المنعقد فى أكتوبر سنة ١٩٧٧ بالنسبة لمشكلة الضوضاء وأثرها للمحافظة على البيئة ، والندوة العلمية

التى انعقدت بجامعة أسيوط فى يونية ١٩٧٨ ، وأخيرا يوم البيئة العالمى المنعقد بالقاهرة فى يونيه ١٩٧٩ الذى استعرض العوامل المؤثرة على البيئة من النمو السكانى والطاقة والطعام والتعدين ، وذلك الى جانب الدراسات والأبحاث المتفرقة التى قام بها المركز القومى للبحوث ، وما قام به برنامج الأمم المتحدة ووزارة النقل وهيئة التصنيع .

وبالرغم من هذه الدراسات والأبحاث ، فان الاحساس بأهمية البيئة لم يكتمل بعد عند كثير من الجهات ، خاصة من الناحية التطبيقية التنفيذية ، أو انه يأتى فى ترتيب الأولويات فى موقع لايسمح بدفع الدراسات المتعلقة بالبيئة الى مرحلة التطبيق ، أو ظل الانتفاع بهذه الابحاث والدراسات فى التطبيق محدود ، وذلك لتفرق تلك الجهات وعدم وجود ترابط فيما بينها وان كانت قد أجمعت كلها على ضرورة تشكيل جهاز قومى مختص لتنسيق الرقابة على الوحدات المسئولة عن حماية البيئة ومراقبتها .

كذلك فان مفعول التشريعات البيئية لن يكتمل ولن يمكن تنفيذها بدون معاونة ووعى الجماهير والقواعد الشعبية التى ستتمتع بتحسن نوعية البيئة ، وذلك بغرس الوعى البيئى فى نفوس النشء والأجيال الحالية والمقبلة بتدريس " علم البيئة " ومبادىء حمايتها بالمدارس باعتباره علما أساسيا فى الدراسة ، مع التوعية والترشيد للجماهير عامة بوضع برامج لدعاية اعلامية مدروسة تشترك فيها كافة أجهزة الأعلام فى الدولة لتنمية الوعى البيئى .

التوصيات

على ضوء ماتقدم ومادار فى المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

بالنسبة لتلوث مياه الشرب :

* يلزم توفير الضمانات لسلامة موارد المياه السطحية والجوفية التى تستخدم فى الشرب وذلك بالتنسيق الكافى بين الجهات المعنية بمصادر هذه المياه ، وأهمها أجهزة الرى والزراعة والصناعة بأن يصدر التشريع الملزم لكل منها بإخطار الجهات القائمة على انتاج مياه الشرب بكل من المشروعات المستجدة التى تصل تصريفاتها الى موارد المياه لمحطات مياه الشرب القائمة حتى يتسنى لتلك الجهات (قبل البدء فى تنفيذها) دراسة أثرها على سلامة تلك الموارد والأطمئنان الى عدم تلوثها .

* ضرورة الاهتمام بعمليات المياه الجوفية والتعقيم والتطهير والغسل الدورى لخزانات المياه العلوية خاصة بالريف وشبكات المياه بها للاطمئنان الى عدم تلوثها واستمرار توافر المواصفات ومطابقتها للمعايير الصحية خاصة لعناصر الحديد والمنجنيز والأملاح الضارة مع خلوها من التلوث .

* العناية بتقليل الفاقد الكبير من شبكات مياه الشرب لما له من أثر على زيادة ارتفاع منسوب المياه الجوفية وبالتالى أثره السىء على البيئة وسلامتها علاوة على الناحية الاقتصادية وفضلا عن القاء عبء جديد على المجارى دون مبرر.

– بالنسبة لتلوث المجارى المائية والبحار والبحيرات :

*التشدد فى تطبيق وتنفيذ أحكام القانون ٩٣ لسنة ١٩٦٢ الخاص بصرف المخلفات السائلة فيما يتعلق بمعالجة تلك المخلفات قبل صرفها فى المجارى المائية على مختلف أنواعها بما فى ذلك البحار والبحيرات ، وأن يتضمن القانون منع صرف المخلفات السائلة الى شبكات خفض مياه الرشح .

* وضع خطة لمشروعات التخلص من مياه الرشح العالية أو تخفيضها فى المدن التى لايتيسر فى وقت قريب عمل مشروع الصرف الصحى لها ، إعمالا لخفض منسوب المياه الجوفية ، لما لها من أثر سىء على الصحة العامة والتربة ومستوى المعيشة .

– بالنسبة لتلوث الهواء

* اصدار التشريعات اللازمة لحماية المدن والقرى من تلوث الهواء ودراسة الآثار المحتملة على البيئة ، مثل تحديد مواقع تكرير البترول أو مصانع الكيماويات ومصانع الأسمنت وغيرها .

* قصر تحركات سيارات النقل الثقيل وسيارات النقل العام والسيارات التى تستخدم الوقود الثقيل (السولار - الديزل) على التحرك بين المدن وعلى الطرق الدائرية المحيطة بالمدينة التى تسير منها شوارع فرعية الى مراكزمحددة للنقل الخفيف بوسط المدينة وفى أضيق الحدود .

* نقل الورش والصناعات الصغيرة ذات العوادم الملوثة من وسط المدينـة وذلك تدريجيـا الى المناطق المخصصة لهـا خارج المدينة وحولها .

- بالنسبة لتلوث التربة :

* يقتضى أن تقوم الجهات المختصة بالعمل على مكافحة الآفات والطفيليات الملوثة للتربة باستخدام الأساليب الحديثة بتطوير الالآت المستخدمة فى مجال المبيدات لتقليل تلوث البيئة الى أقل حد مكن ، والعمل على تطوير تشريعات انتاج وتسجيل المبيدات والاتجار فيها ومواصفاتها ومتابعة ذلك التطوير .

- التخلص من النقايات والفضلات الجافة :

* يلزم التخلص من نفايات المصانع والقمامة بطرق حديثة تستهدف حماية البيئة سواء بتحويلها الى سماد وغازات تستخدم فى الوقود ،أو بالردم فى المناطق الصحراوية خارج المدينة لاستحداث مساحات جديدة صالحة للتشجير وانشاء الحدائق أو غير ذلك من الطرق المناسبة لكل منها .

* تعديل وتطوير قانون النظافة العامة لحماية البيئة باستخدام وسائل النقل الصحية مع تحديد مسئولية المشرفين عليها والقائمين بأدائها ، والتشدد فى العقوبات للمتهاونين فى مراقبة سرعة التخلص منها ونقلها الى خارج المدينة بالطرق الصحية السليمة دون الإضرار بالبيئة .

* وضع الخطط العملية اللازمة للنظافة العامة وردم البرك والمستنقعـات بالقـرى بمـا يتناسـب مع طبيعـة البيئة والحياة بالريف .

- بالنسبة للزحام والضوضاء :

* العمل فورا على تخفيف أثر الزحام بالمدن باعادة دراسة النقل والمرور المناسبة لكل من شوارع المدينة وأن يقتصر مرور سيارات النقل الثقيل والنقل العام داخل المدينة على بعض شوارعها المتفرعة من الطرق الدائرية التى تنشأ حولها مع ماقديستلزمه الأمر من منع مرور السيارات فى الشوارع الأخرى .

* أن يتم التنسيق بين تنفيذ التوسعات والتجديد والإحلال لمختلف المرافق العامة (مياه - مجارى - كهرباء - رصف) على أساس تخطيط رشيد واستخدام بدائل للأرصفة والشوارع خلال فترة التنفيذ مساهمة فى تقليل الزحام ماأمكن والمحافظة على البيئة.

* استبعاد المحلات المقلقة للراحة والمسببة للضوضاء بنقلها الى خارج مناطق الاسكان ، حول المدينة فى الأمكنة المخصصة لها ، وعدم السماح بتراخيص مستجدة داخل المناطق السكنية .

- بالنسبة للاهتمام بالنواحى الثقافية والتنظيمية والتقييم البيئى :

* التوازن الطبيعى للبيئة :

يلزم تنشيط البحوث والدراسات المتعلقة بالبيئة وضوابطها وعوامل توازنهـا وحمايتها والمحافظة على سلامتها وأسلوب مكافحة تلوثها وكيفيـة الرقابـة والعمـل علـى عـدم تجـاوزحـدود استيعـاب البيئة .

* الترشيد البيئى :

تدريس علم « البيئة » وحمايتها وتنميتها بالتعليم العام للترشيد والتوعية البيئية باعتباره علما أساسيا ، مع النظر فى انشاء دراسات عليا تخصصية فى علوم البيئة يلتحق بها خريجو الجامعات ، وذلك مع تعريف الجماهير بالبيئة والمحافظة عليها بكل الوسائل الممكنة سواء بطرق الاعلام المختلفة اللاسلكية والتليفزيونية أو عن طريق النشرات والمحاضرات والندوات والدعوة بكافة دور العبادة .

* التقييم البيئى :

يجب أن يتم الربط بين التشريعات البيئية والتخطيط الانمائى بأن تنص التشريعات على أن يتضمن التخطيط الانمائى عنصر التقييم البيئى للمشروعات مع وجوب تقديم تقرير تفصيلى للآثار البيئية لأى مشروع حتى يمكن التعرف والتنبؤ والتفسير للعواقب البيئية للمشروع الانمائى وأن يصدر القرار النهائى بشأن المشروع على أساس سليم يحافظ على البيئة من التلوث.

- بالنسبة للتنظيمات البيئية

* تشكيل لجنة أو مجلس على مستوى عال للمرافق العامة يختص بالتخطيط وبالتنسيق بين مشروعات مياه الشرب وبين مشروعات الصرف الصحى ، بحيث تتوازى توسعات مشروعات المجارى مع مشروعات التوسع فى تدبير المياه سواء لأغراض مياه الشرب والاستخدام المنزلى أو لاحتياجات الصناعة وتوسعاتها لتسير معا جنبا الى جنب .

* انشاء جهاز أو هيئة للبيئة تتولى مسئولية التخطيط البيئى والتنسيق والرقابة بين الوحدات المسئولة عن البيئة فى كل الوزارات والمحافظات والهيئات التنفيذية وغيرها ، وباعتبار البيئة أساسا فى رسم سياسة التنمية بمختلف أنواعها ، والربط بين التخطيط الانمائى والتقييم البيئى للمشروعات ، وأن يضم الى هذا الجهاز الوحدات القائمة فعلا فى مختلف الجهات بالدراسات البيئية مع استكمالها ، واقتراح مايلزم من تشريعات أو تعديل القائم منها وتطويره لقيام تلك الوحدات بمسئولياتها على الوجه الأكمل . وأن يقوم الى جانب هذا الجهاز لجنة محلية للبيئة فى كل محافظة برئاسة المحافظ تتولى كافة الشئون البيئية داخل المحافظة

- انشاء شبكة للأرصاد البيئية :

تقوم برصد التلوث ودرجته ، حتى يمكن مواجهته فى الوقت المناسب .

الاسكان على المدى الطويل

توزيع سكان الحضر حتى عام ٢٠٠٠ :

يبلغ تعداد مصر حاليا نحو ٤٤ مليون نسمة ويتوقع أن يبلغ هذا التعداد ٦٨ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ ، على أساس معدل زيادة قدره ٢,٣١٪ سنويا طبقا لمعدل ١٩٧٦ . ورغم أن عدد سكان الريف كان ٥٦٪ من سكان مصر عام ١٩٧٦ الا أنه يتوقع أن يبلغ ٥٠٪ عام ٢٠٠٠ نتيجة الهجرة المتواصلة من الريف الى المدن ، وعلى ذلك فان تعداد الحضر يقدر له أن يبلغ ٣٤مليون نسمة عام ٢٠٠٠ بزيادة قدرها ١٤مليون عما هو الآن .

ولماكانت تكاليف انشاء مدن جديدة باهظة ولا يسهل تدبيرها ، فمن المناسب توزيع الزيادة فى تعداد الحضر مناصفة بين المدن القديمة والمدن الجديدة ، التى تم بدء تنفيذ بعض منها ، ويمكن النظر فى هذه النسبة مع توافر البيانات التى تحدد طاقة استيعاب المدن القديمة .

ويتيسر التوسع فى المدن القديمة لتستوعب نصيبها المقدر بسبعة ملايين نسمة ، باستغلال الأرض الفضاء داخل كوردوناتها ، وذلك بأن توفر الدولة الأراضى المنتشرة داخل هذه المدن مثل القاهرة والاسكندرية وغيرها ، عن طريق اخلاء المساحات المشغولة كمخازن ومخلفات ومافى حكمها ، الى جانب المناطق التى تشغلها القوات المسلحة التى لاتدعو

الضرورة الى ابقائها داخل الكتلة السكانية ، مع تحاشى التوسع على حساب الرقعة الزراعية ، ومع الأخذ بالامتداد الرأسى - كلما أمكن - طبقا للوائح المنظمة لذلك . كما يجب نقل بعض الصناعات المضرة الى خارج المدن ، واتخاذ الاجراءات التى تهدف الى نقل الجبانات أيضا .

كما يجب اعادة تخطيط المدن القديمة تخطيطا سليما بعد تحديد كوردوناتها على أن يكون التخطيط متمشيا مع ظروفها وأنواع ومجالات نشاطها ومتمشيا مع قدرات مرافقها، والعمل على رفع هذه القدرات لتتمشى مع الزيادة المقترحة لكل منها ، وستكون التكاليف فى هذه الحالة مناسبة اذا قورنت بالتكاليف المطلوبة لنفس الزيادة فى مجتمعات جديدة .

فاذا كان على المجتمعات الجديدة والمراكز الحضرية فى الأراضى المستصلحة أن تستوعب ٧ مليون نسمة ، وكان متوسط ماتستوعبه كل منها حوالى ٢٠٠٠٠٠ نسمة خلال الفترة حتى عام ٢٠٠٠ ، فاننا نحتاج الى ٣٥ مدينة جديدة ، لحل أزمة توزيع السكان فى الحضر حتى عام ٢٠٠٠ . وقد تم تخطيط أو تحديد سبع من هذه المدن وهى ١٠رمضان - السادات - ٦أكتوبر - العبور - الأمل - العامرية - ١٥ مايو .

وفى جميع الحالات فانه يجب أن يخفف العبء عن الخزانة العامة بشتى الطرق عند انشاء هذه المدن ، اذ أنه من واقع التقديرات التى تمت بالنسبة للمدن السابق ذكرها ، فانه مطلوب نحو ٨٠ بليون جنيه منها نحو ٥٠ بليون جنيه للمدن الجديدة ، ونحو ٣٠ بليون جنيه للتوسع فى المدن القديمة ، حتى عام ٢٠٠٠ .

ونظرا لأن الطابع العام للمدن الجديدة سوف يكون صناعيا ، فانه تخفيفا للأعباء المادية على الدولة يقترح الآتى :

- تحديد الصناعات المختلفة المطلوبة حتى عام ٢٠٠٠ وأحجامها ، ثم توزيعها توزيعا جغرافيا سليما على المدن الجديدة ، طبقا لتخطيط سليم بعد دراسة جدواها الاقتصادية ، مع عدم السماح باقامة مشروعات صناعية جديدة فى المجتمعات الحضرية القائمة .

- إعلام المستثمرين بنوع الصناعات المطلوبة وأحجامها ومواقعها وجدواها ، واجتذابهم للمشاركة فى انشائها ، على أساس تحملهم نصيبا عادلا فى تكاليف المرافق (مياه - مجارى - كهرباء - طرق - مواصلات سلكية ولاسلكية ، وذلك فى اطار التخطيط العام لمشروعات المرافق الرئيسية للمدينة الذى تتولاه الدولة ، على أن يقوموا بانشاء الاسكان اللازم لنشاطهم ، وأن تقوم الدولة بجميع الخدمات الاجتماعية والمبانى الحكومية . كما يجب اشراك الملاك الآخرين فى تكاليف المرافق بنسبة مقبولة تضاف الى سعر الأرض .

- وضع برنامج زمنى لتنفيذ وتعمير كل مدينة ، يدخل فى تحديده جميع العناصر المؤثرة على ذلك البرنامج مع متابعة التنفيذ طبقا له ، اذ أن أى خلل فى برامج التنفيذ يسبب خسارة جسيمة ، تضيع معها الجدوى الاقتصادية التى تم التخطيط على أساسها .

- إمكان دعوة شركات استثمارية أو بنوك لتتولى انشاء بعض هذه المجتمعات الجديدة أو أجزاء منها أو بعض مرافقها ، واستثمارها لفترة مناسبة تشجع على الاقدام على هذا النوع من الاستثمار .

الاسكان الحضرى :

بدأت أزمة الاسكان فى أعقاب عام ١٩٦١ ، نتيجة لاتجاه الدولة الى التنمية الصناعية مع عدم تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار فى مشروعات الاسكان الذى انفردت به الدولة . واستمر تفاقم الأزمة حتى أصبح مانحتاج اليه نحو ٣.٦٠٠.٠٠٠ وحدة سكنية حتى عام ٢٠٠٠ ، منها ٨٠٠ ألف وحدة لمقابلة النقص المتراكم فى الماضى ، و٢.٢٠٠.٠٠٠ وحدة لمواجهة الزيادة فى عدد السكان و٦٠٠ ألف وحدة للاحلال والتجديد .

وقد ساهمت الدولة فى تحديد حجم المشكلة واقتراح الحلول المناسبة بصدور قرار رئيس الوزراء رقم ١٩٧ لسنة ١٩٧٩ فى ٥ مارس من العام نفسه بتشكيل لجنة لوضع مشروع سياسة قومية تستهدف حل مشكلة الاسكان ، وتعاونها ثمانى لجان فرعية متخصصة فى مجالات الدراسات السكانية ، وتصميم المسكن ، والأراضى ، والمرافق ، مواد البناء ، وطرق التشييد ، والتمويل ، والتشريعات . وقد قدمت اللجنة تقريرها الشامل خلال نفس العام .

– ومع التأكيد على ماجاء بهذا التقرير ، ومراعاة لماستجد من دراسات لاحقة ، فانه يمكن اقتراح ماياتى :

بالنسبة للمبانى القديمة :

ينبغى أن يتحمل كل ساكن نفقات المحافظة على سكنه وصيانته ، حيث أصبح فى حكم المالك له ، كما أن ملاك هذه العقارات قد انخفضت قيمة دخولهم منها الى حد كبير .

لذلك يجب أن يعفوا من أية مصاريف خاصة بصيانة عقاراتهم ، وأن يتحملها سكانهابصفة جماعية كل بمقدار طبقا للوائح التى تنظم ذلك .

بالنسبة لتزايد السكان :

تشجيع برامج تنظيم النسل والحد من الزيادة السكانية ، لتخفيف الوطأة على الاسكان .

بالنسبة للتخطيط العمرانى :

– الالتزام بقواعد هذا التخطيط ، مع مراعاة الانضباط والتطبيق الحازم للقانون على جميع المخالفين (استعمالات أراضى – تجاوز ارتفاعات – تجاوز كثافات بنائية أو سكانية ... الخ) .

تدعيم الادارات الهندسية بالمحافظات بالمؤهلين والفنيين الذين يمارسون منح الرخص ومراقبة التنفيذ ، واشراكهم فى مسئولية وقوع المخالفات .

وفى هذا المقام ، فانه يرجى التنبه الى ظاهرة تقنين الأخطاء بعد وقوعها . فكثيرا ماصدرت تشريعات تقر التقاسيم التى تمت مخالفة للقانون ، الأمر الذى شجع على استمرار ارتكاب المخالفات .

بالنسبة للمساكن :

– تطوير أنماط ومكونات وتصميم المساكن ، ومواكبتها للاحتياجات الفعلية لكل اسرة ، ولمختلف المناطق والبيئات ، مع الاهتمام بانتاج الاثاث النمطى للأسر محدودة الدخل وعلى أن تكون نسبة انشاء مستويات الاسكان المختلفة كما يلى :

الاسكان الاقتصادى ٥٥٪ ومساحة الوحدة تتراوح بين ٤٥م٢ ، ٥٠م٢ – الاسكان المتوسط ونسبته ٣٧٪ ومساحات وحداته بين ٧٠م٢ ، ٨٠م٢ والاسكان فوق المتوسط ونسبته ٦٪ ومساحة وحداته حوالى ١٢٠ م٢ والاسكان الفاخر ونسبته ٢٪ .

– استخدام الوحدة القياسية فى تصميم الوحدات السكنية ، لامكان التوسع فى الانتاج النمطى لاحتياجات الاسكان . كالابواب والشبابيك والسلالم .

– ادخال مواد بديلة فى الانشاء كالتوسع فى منتجات الجبس لعمل القواطيع الداخلية والتحول شيئا فشيئا ، قدر الامكان ، الى انتاج واستعمال الطوب الأسمنتى المفرغ ، ليحل محل الطوب بأنواعه ، وبذلك تتحقق حماية الأراضى الزراعية من التجريف الى جانب التوفير فى الطاقة ، اذ أن الطوب الأسمنتى يحتاج الى ربع الطاقة التى يحتاجها الطوب الأحمر مثلا ، علما بأننا نحتاج الى انتاج نحو ٣٠٠٠ مليون طوبة سنويا للوفاء بالتزامات الخطة ، وتحتاج هذه الكمية الى نحو ٣٠٠ الف طن اسمنت سنويا .

– انشاء مصانع مواد البناء على أساس دراسات جدوى اقتصادية متكاملة ، والعمل على سرعة انجاز مشروعات انتاج مواد البناء المتعاقد عليها التى تأخر تنفيذها لعدة سنوات الأمر الذى ألقى عبئا ثقيلا على ميزان المدفوعات بسبب اللجوء الى الاستيراد .

بالنسبة لسياسة الاسكان :

– تشجيع القطاع الخاص التعاونى على التوسع فى انشاء الوحدات السكنية ذات المستوى المتوسط بصفة خاصة ، والمستوى فوق المتوسط ، على أن يقتصر دور المحافظات على القيام بانشاء الوحدات ذات المستوى الاقتصادى ، ووضع الضوابط الكفيلة بصيانتها واصلاحها من أى تلف فور حدوثه ، مع تعهد حائزيها ، والزامهم بذلك قانونا .

– تشجيع سياسة التمليك لامكان الحصول على مزيد من التمويل لمواجهة ازمة الاسكان مع اعطاء افضليات مناسبة للمدخرين ، حتى تتحقق زيادة الاستثمارات .

– تشجيع توسع البنوك فى تمويل مشروعات الاسكان الخاص والاسكان التعاونى ، باقراض أصحابها بفوائد ميسرة بنسبة (٣٪) ، مع تحمل الدولة بفرق فوائد الاقراض (١٣٪ – ٣٪ = ١٠ ٪) . على أن يكون تسديد الأقســـاط للبنوك تصاعديا على فترات مع زيادة دخل الملاك .

– تطبيق قانون العلاقة بين المالك والمستأجر ، فيما يختص بوجوب تخصيص ثلثى مساحة المبنى للايجار والثلث الباقى للتمليك أو التأجير المفروش طبقا للوائح المنظمة لذلك .

– سن التشريعات التى تنظم التأمين على المسكن والسكان .

بالنسبة للمرافق :

– توفير المرافق (مياه –مجارى – كهرباء – طرق – اتصالات سلكية ولاسلكية) للاسكان القائم والاسكان الجديد ، مع وضع النظام الذى يكفل لها التطور والقدرة على أداء الخدمة بالكفاءة الواجبة .

–اصلاح شبكات مياه الشرب ، توفيرا للفاقد الذى يبلغ فى كثير من الأحيان أكثر من ٥٠٪ من المياه المنقاة.

– الحصول على مصادر مياه الشرب المرشحة ترشيحا طبيعيا ، وذلك باستخدام ابار للمياه الجوفية تنفذ أسفل مجرى النيل ، بما يوفر كثيرا من الاستثمارات اللازمة لانشاء محطات تنقية جديدة .

– التنسيق بين مشروعات الشرب ومشروعات الصرف الصحى ، وتوفير الفنيين اللازمين لتشغيل وصيانة هذه المرافق .

– تطوير الصناعات المحلية لرفع كفاءة تصنيع المهمات والأدوات والتركيبات الصحية وغيرها .

بالنسبة لقطاع التشييد :

– تصويب الهياكل المالية لشركات القطاع العام وسداد مستحقاتها لدى الحكومة ، حتى تتمكن من زيادة طاقتها التنفيذية .

– التوسع فى تشجيع القطاع الخاص لانشاء شركات مقاولات ، مع دعوة البنوك لتيسير تمويلها أسوة بشركات القطاع العام ، حتى يمكن الوفاء باتمام خطط التشييد المطلوبة بواسطة شركات القطاعين العام والخاص معا ، على أن تهتم شركات القطاع العام بالتركيز على بناء الوحدات السكنية من المستوى الاقتصادى والمتوسط ، ولايسمح لها ببناء الاسكان الفاخر الا اذا كانت طاقتها الكاملة غير مستغلة .

– تطوير قطاع التشييد باستخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة المتطورة فى التنفيذ، واستعمال المعدات الميكانيكية ، بما يحقق سرعة الانجاز واستخدام الأساليب والنظم الحديثة لادارة الأعمال ، وادارة مواقع العمل ، التحكم فى جودة الانتاج .

– توفير المهندسين والفنيين بالقطاع العام ، ورفع رواتبهم للحفاظ عليهم .

– تدعيم شركات المقاولات النوعية ، وقيام شركات لامتلاك وتأجير المعدات ، ضمانا لتشغيل هذه المعدات الميكانيكية بكامل طاقتها، اذ تبين أنها لاتعمل الا بمايعادل ٢٠٪ فقط من هذه الطاقة.

– العمل على توزيع التعاقد بين الشركات ، بحيث لايسند أى عمل الى شركة يفوق طاقتها ، بينما لا يسند غير القليل الى شركة أخرى ، الأمر الذى يؤدى الى تأخير التنفيذ .

بالنسبة للتدريب :

– استكمال انشاء مراكز التدريب المطلوبة لقطاعى الاسكان والمرافـق ، مع توفير المعدات اللازمة وتجهيز الكوادر الفنية المطلوبة للقيام بالتدريب .

– تطوير هيكل التعليم الفنى بما يحقق التوسع فى التدريب ، والأخذ بمبدأ التلمذة الصناعية ، بالاضافة الى ماتقوم به القوات المسلحة من تدريب . ويجب أن يتم كل ذلك بأسلوب مكثف ، حتى يمكن مواجهة الطلب على العمالة داخل مصر وخارجها .

بالنسبة للبيئة :

– تنفيذ اقتراح المجلس القومى للخدمات بتكوين لجنة وزارية للبيئة يكون من سلطتها حق الاعتراض على المشروعات التى تضر بالبيئة ، كما هو متبع فى كثير من الدول ، مع تطبيق القيود التى تفرضها مثل هذه الدول على الصرف الصحى ومخلفات المصانع والمداخن وعوادم السيارات والدراجات البخارية ، عملا على نقاء البيئة .

سياسة صناعة التشييد والمقاولات

ترتبط صناعة التشييد والمقاولات ارتباطا وثيقا بمشكلة الاسكان ، التى حظيت جوانبها المختلفة باهتمام المجالس القومية ، على امتداد دوراتها السابقة . اذ بحث المجلس القومى للانتاج موضوع صناعات : طوب البناء ، والاسمنت ، والحديد والصلب . ومعوقات قطاع التشييد ووسائل تطويره . وتناول المجلس القومى للتعليم : دور البحث العلمى والتكنولوجيا فى التشييد والبناء . والعمالة الحرفية فى هذا القطاع ومستقبلها .

كما سبق للمجلس القومى للخدمات دراسة موضوع : مشكلة الاسكان ، ضمن دراسات المجالس للنقاط السبع التى طرحت للبحث على المستوى القومى فى فبراير ١٩٨٢ . كما انجز فى دورته السابقة دراسة مركزة تضمنت مقترحات أساسية لمواجهة هذه المشكلة على المدى البعيد ، وذلك على ضوء الزيادة المستمرة فى عدد السكان ، وأسلوب توزيعها بين المدن الجديدة ، والمدن القديمة بعد اعادة تخطيطها تخطيطا سليما ، مع مراعاة الحفاظ على الرقعة الزراعية .

وتخلص أهم المقترحات التى عرضتها تلك الدراسة فيماياتى :

- ضرورة الالتزام بقواعد التخطيط العمرانى .
- ترشيد وتنشيط سياسة الاسكان .
- تطوير أنماط ومكونات وتصميمات المساكن .
- دعم وتطوير قطاع التشييد .

ومن ثم برزت أهمية استكمال الدراسة بموضوع صناعة التشييد والمقاولات ، لما لها من دور أساسى ومتشعب فى التنمية ، ولما تؤديه من جهود لمواجهة احتياجات النمو الاقتصادى والاجتماعى المتزايدة ، اذ يستثمر فيها مابين ٤٠، ٥٠٪ من اجمالى استثمارات الدولة ، سواء كان ذلك فى الخطط السنوية أو فى الخطط الخمسية . ويقوم بهذا العبء كل من : شركات القطاع العام البالغ عددها ٤٧ شركة ، وشركات وأفراد القطاع الخاص المسجل عددهم مابين ٢٠ الى ٢٥ ألف وحدة ، بالاضافة الى عدد محدود من شركات الاستثمار .

ورغم تلك الجهود المبذولة لتحمل أعباء التنمية المتزايدة ، والتى بلغت قيمتها حوالى ١٥٠٠ مليون جنيه فى سنة ١٩٨١ ، لتعويض مافات البلاد خلال الحقبة الاخيرة نتيجة الحروب والظروف الاقتصادية ، فان التقييم الموضوعى لهذه الصناعة يؤكد انها بامكاناتها الراهنة لاتؤدى دورها كاملا فى تغطية احتياجات المجتمع ، من حيث الجودة والتوقيت والتكلفة . وتجدر الاشارة الى أن نصيب القطاع العام من حجم أعمال التشييد سنة ١٩٨١ وصل الى حوالى ١١٠٠ مليون جنيه ، وأن نصيب القطاع الخاص المباشر بلغ حوالى ٢٠٠مليون جنيه ، بالاضافة الى نحوا من ٤٠ الى ٥٠٪ من حجم أعمال القطاع العام يتولى تنفيذه القطاع الخاص من الباطن ، ويتولى القطاع الاستثمارى تنفيذ حوالى ٢٠٠ مليون جنيه .

ويعود السبب فى عدم وصول كفاءة هذه الصناعة الى المستوى المرجو الى قصورالموارد ، الذى يرجع الى عدم سلامة هيكل الصناعة ككل ، اذ يقع معظمه تحت السيطرة الكاملة للدولة ، والمسئوليات فيه غير واضحة ، والتنسيق اللازم بين اجزائه مفقود ، والصناعة نفسها ضعيفة التنظيم ، تفتقر الى وجود الهيئات الفعالة ، والجهات المهنية المسئولة عن

مراحل التصميم والاشراف ، وذلك الى جانب العيوب الموجودة فى مواد البناء كما وكيفا ، وتخلف الكثير من المقاولات عن مسايرة التطورات الحديثة فى أساليب الانشاء ومعدات البناء .

ويضاف الى الأسباب السابقة . عدم كفاءة التخطيط والإدارة لأعمال التشييد سواء على المستوى القومى أو على مستوى الوحدات الاقتصادية أو على مستوى مواقع الاعمال ، والنقص الواضح فى العمالة الماهرة ونصف الماهرة ، وكذلك فى الفنيين والمديرين على كافة المستويات ، فضلا عن اختفاء : الحماس والانتماء المهنى وتقدير المسئولية والاهتمام بعنصر الوقت والجودة ، وحجم الفاقد فى المواد و القدرة على تشغيل المعدات بالكفاءة والرعاية الواجبة . وقد أدى كل ذلك الى ضعف الطاقة الانتاجية ، وعدم الالتزام بقواعد العمل الأساسية ، وعدم الوفاء بالتعاقدات فى مواعيدها المقررة .

واذ كانت الاسباب السابقة تضع معظم المسئولية على كاهل المسئولين عن صناعة التشييد والمقاولات، فان هذا لايعفى أصحاب الاعمال ، وعلى الأخص القطاع الحكومى ، من مسئوليته أيضا فى زيادة أسباب المعوقات ، وما يترتب على ذلك من آثار واضحة فى نتائج الأعمال ، فاضطراب التمويل وعجزه ، وعدم توافر مواد البناء المحلية والمستوردة ، وقلة الاستثمارات المخصصة للوحدات الاقتصادية ، وعدم استقرار القوانين واللوائح المنظمة للصناعة ، وكذلك عدم تطوير القوانين المنظمة للتعاقدات ، مثل قانون المناقصات العامة الصادر سنة ١٩٥٥ - أى قبل وجود القطاع العام - وماحتوته نصوصه من شروط الاذعان ، بالاضافة الى عدم تطور الفكر الفنى ، وجمود الشروط العامة والمواصفات على ماكانت عليه منذ سنوات ، كل ذلك ساعد على الوصول الى الموقف الراهن الذى يستدعى سرعة وضع سياسة اصلاحية شاملة بتوصيات محددة لمعالجة القصور الموجود وازالة العقبات والمعوقات أمام هذه الصناعة ذات الأثر الكبير فى تطوير المجتمع .

مواجهة المشكلات :

وعلى ضوء الأسباب المشار اليها ، يمكن مواجهة المشكلات الآتية ووضع الحلول المناسبة لها .

أولا : زيادة السيطرة الحكومية : اذ تترك آثارا سلبية على صناعة التشييد من حيث الادارة والطاقة الانتاجية ، لهذا يقترح خفضها ، مع إعداد تنظيم شامل للصناعة يضم المسئولين من كافة التخصصات ، بما يضمن إعداد السياسة المتكاملة المنسقة بين قطاعاتها المتعددة . ويتيح هذا الاجراء لشركات القطاع العام الحرية فى اعادة تنظيم نفسها ، وفى أسلوب التشغيل المناسب لها . مع اعادة النظر فى القانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨بشأن نظام العاملين بالقطاع العام بمايحقق لهم معاملة مماثلة للعاملين بالقطاع الخاص ووقف العمل تدريجيا بنظام توزيع القوى العاملة على الشركات . وسوف يساعد ذلك على المساهمة الفعالة للقطاع الخاص وتحقيق المساواة بين القطاعين .

وأن يهدف هذا التنظيم الى تحرر شركات القطاع العام من الاشراف الوزارى المباشر ، مع التزام تلك الشركات بتحسين أسلوب التشغيل لتتمكن من الحصول على عائد كاف لرأس المال المستثمر المصدر . مع وقف العمل بنظام أوامر التكليف ، الا فى حدود بعض المشروعات ذات الأثر الهام لسياسة الدولة .

ثانيا : ضعف موارد التشييد ، وهى :

أ- القوى العاملة : يبلغ عدد العاملين فى مجال المقاولات حوالى ٥٤٠ ألف عامل بنسبة ٤.٤ من جملة القوى العاملة المصرية . ومهما قيل عن ترشيد هجرة العمالة الفنية للدول العربية ، أو تشجيع استمرارها ، فلابد من توفير أجهزة التدريب المحلية على النحو الذى يؤهل العمالة اللازمة للقيام بدورها الفعال ، سواء فى الداخل أو الخارج ، على كافة المستويات العاملة فى هذه الصناعة ، وبالتالى فواجب الدولة توفير الامكانات المادية لوضع هذا الهدف العام موضع التنفيذ دون ابطاء .

ب – مواد البناء : وهى تمثل حوالى ٥٠٪ من قيمة الأعمال الانشائية ، ومن ثم ينبغى توفيرها كما وكيفا بالقدر الذى يتناسب مع خطط التشييد ، وفى التوقيت المناسب ، بما يحقق انسياب الأعمال طبقا للبرامج التنفيذية . ورغم أن سياسة الإنفتاح قد اتاحت للقطاع الخاص فرصة انتاج واستيراد بعض المواد ، الا أن حجم اعمال هذا القطاع فى هذا المجال لم يصبح بعد مؤثرا ، ولذلك يجب انتهاج سياسة قومية لتشجيع القطاع الخاص للمساهمة الفعالة فى توفير مواد البناء الاساسية ، مع التدرج فى رفع السيطرة الحكومية على شركات الانتاج الحكومية – والتى تمثل معظم شركات مواد البناء – بما يسمح بوجود الشركات المشتركة ، ووضع السياسة السعرية الحرة ورفع السيطرة على التوزيع .

وفى هذا المجال ايضا ، يجب الاهتمام بصفة خاصة بانتاج بدائل الطوب الاحمر ، مع وقف انتاجه ، حفاظا على التربة الزراعية من التجريف ، واقامة مصانع الطوب الطفلى والطوب الرملى ، ومنتجات الجبس المختلفة ، كذلك التوسع فى استخدام الاحجار الجيرية المتوفرة فى انحاء البلاد ، بالاضافة الى استخدام الطوب الاسمنتى بشرط زيادة انتاج الأسمنت عن حاجة الانشاء مستقبلا ، وجدير بالذكر انه طبقا لتوقعات سنة ١٩٨٤ فسوف تحتاج البلاد الى حوالى ٥٤٠٠ مليون طوبة سنويا .

وبالنسبة لمادتى الحديد والأسمنت ، فان الخطة الاستثمارية المقررة لهما تبلغ حوالى بليون ونصف بليون جنيه ، ولكن البرنامج التنفيذى لهذه الخطة متخلف تماما ، ولذلك يجب سرعة العمل على اعادة البرمجة بأسلوب اكثر واقعية ، حتى يتم تنفيذه دون تأخير .

جـ – المعدات : ويوجد منها لدى جهات التشييد والمقاولات التابعة للقطاع العام حوالى ٣٠ الف معدة من مختلف الأنواع والاحجام ، ويقدر ثمنها بنحو الف مليون جنيه ، ويوجد منها لدى الشركات مايوازى ٣٠٪ من جملة المعدات ، مع ان بعض الشركات لايوجد لديها الا ١٪ فقط ، مما يشير الى اختلال كبير فى نسب توزيع المعدات بين الشركات . ويلاحظ أن معدل استخدام المعدات يختلف من قطاع الى آخر ، وهو فى مجموعه أقل من المعدل العالمى ، وأن معظم هذه المعدات قد استنفد العمر الافتراضى ، وأصبح من الضرورى احلاله بمعدات جديدة ، حتى لاتتناقص انتاجية القطاعات المختلفة للتشييد .

وقدرت الاحتياجات اللازمة من المعدات بصفة مبدئية بحوالى ٨٠٠ مليون جنيه خلال السنوات الخمس القادمة ، ويمكن توفيرها عن طريق اقتراض نصف القيمة من البنك الدولى للانشاء والتعمير ، والنصف الباقى يوزع مناصفة بين الحكومة وشركات المقاولات . وسوف يتضمن مشروع هذا الاحلال انشاء شركة لتأجير المعدات ، يشارك فيها القطاعان العام والخاص .

وعلى ضوء الدروس المستفادة من سياسة الانفتاح لاستيراد معدات البناء – والتى تبين انها مبنية على أساس قاعدة الكسب السريع دون النظر الى توفير الخدمة المستمرة من حيث توفير قطع الغيار والصيانة للمعدات – ينبغى أن يشترط عند منح التوكيلات الاستيرادية ، اقامة ورش صيانة كاملة ، مع توفير قطع الغيار اللازمة بكميات وبأسعار مناسبة ، وتوفير امكانات التدريب على استعمال تلك المعدات .

د– أساليب التشييد : يحتاج المستخدم منها حاليا – فيما عدا القليل منها – الى عدة وسائل لتحسينها وتدريب العاملين عليها ، وذلك قبل البحث عن وسائل اخرى بديلة . ومع أن بعض الشركات قد بدأت فى استخدام انواع متطورة من هذه الاساليب فانه يوجد نقص بين فى العمالة المدربة على استخدامها . ولقد ظهر ذلك واضحا فى الأحد عشر مصنعا التى استوردتها الدولة خلال السبعينات ، لانتاج الوحدات الجاهزة من الاسكان والمبانى العامة ، والتى لم يبدأ انتاج بعضها الا مؤخرا . ولازال البعض متخلفا فى هذا المجال حتى الآن . ومن أسس تحسين صناعة التشييد بصفة عامة ، ضرورة البدء فى اعداد برامج قومية للتنميط والتوحيد القياسى ، مما يساعد على تنسيق الجهود بين

الجهات المشتركة فى صناعة التشييد . وفى هذا المجال أيضا يجب توفير التسهيلات اللازمة لاجراء الاختبارات وتوفير الوحدات المتنقلة منها ، بالاضافة الى الوحدات الحديثة والقوى البشرية والأطقم الفنية المدربة .

هـ - التمويل : تعانى صناعة التشييد والمقاولات من قصور الموارد المالية عن مواجهة احتياجاتها ، الأمر الذى يستدعى ضرورة وجود التمويل الكافى للمشروعات التى تدرج بخطط التنمية ، سواء السنوية أو الخمسية ، حتى تتم المشروعات فى التوقيت المحدد لها ، لتلافى الخسائر المادية والأدبية .

وتوضح التجربة الحالية أن شركات القطاع العام تداين الأجهزة الحكومية بمبالغ تزيد عن جملة رؤس أموالها ، وهذا الوضع مستمر منذ عام ١٩٦٧ ، دون حل رغم زيادة التراكمات سنة بعد أخرى ، حتى وصل رصيد المديونية الآن الى أكثر من ثلاثمائة مليون جنيه . ونتيجة لهذا الموقف المالى ، تقوم شركات مقاولات القطاع العام بالاستدانة من المصارف بالسحب على المكشوف ، متحملة فوائد مصرفية سنوية تبلغ حوالى ١٥٪ ، مما يزيد من أعبائها ، وأعباء العميل فى النهاية ، وهو فى الغالب الأجهزة الحكومية . وهكذا تتهم الشركات بزيادة اسعرها ، بينما تنتفع بهذه الزيادة المصارف التجارية المقرضة ، والتى تظهر بميزانياتها ارباح طائلة يمثل جزء اساسى منها ماتتحمله شركات المقاولات من أعباء التسهيلات المصرفية المشار اليها .

ثالثا : قصور التنظيم والافتقار الى التنسيق : ويتبين ذلك من تبعية الشركات العاملة فى مجال صناعة التشييد والمقاولات ، اذ أن شركات القطاع العام تتبع وزارات : الاسكان والتعمير واستصلاح الأراضى ، والصناعة والكهرباء ، والنقل ، والرى ، وهيئة قناة السويس . وشركات القطاع الخاص تسجل فى وزارة الاسكان ، ولها شعبة فى اتحاد الصناعات ، كما أن لها شعبة أخرى بالغرفة التجارية . أما شركات الاستثمار فتخضع للقانون رقم ٤٣لسنة ١٩٧٤ . ويضاف الى تعدد جهات التبعية ، عدم وجود تصنيف لهذه الشركات ولاتحديد لقدراتها وتخصصاتها ، وبعد رفع القيود الخاصة بحجم الأعمال التى كانت مفروضة على القطاع الخاص ، أصبح الباب مفتوحا على مصراعية لكل من أراد العمل فى صناعة التشييد والمقاولات ، حتى الشركات الأجنبية ، الا فى حدود نظم خاصة ، ولاتوجد ضوابط تمنع صاحب الاعمال من التعاقد معها ، سوى بعض النصوص الخاصة بالتسجيل التجارى أو الضرائب .

ومن الأمثلة الواضحة على قصور التنظيم ، شدة التنافس بين الشركات للحصول على التعاقدات ، دون اعتبار للتخصص والخبرة اللازمة ، كما أن بعض الشركات اصبحت تعمل فى مناطق متفرقة ، مما يزيد من أعبائها المالية ويشتت اجهزتها الفنية . مع نقص العمالة الفنية ونقص كفاءتها على جميع المستويات .

ولذلك أوصت الدراسة التى اجريت مؤخرا بوزارة الاسكان - واشترك فى تمويلها البنك الدولى للانشاء والتعمير - بضرورة انشاء هيئة مركزية تمثل فيها جميع الاطراف المعنية بالصناعة ، تحت اسم " مجلس تنمية صناعة التشييد " ، لتكون مسئولة عن تنظيم هذه الصناعة والتنسيق بين كافة الأجهزة العاملة فى مجالها ، وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة .

رابعا : القصور فى خطط التشييد : من أهم اسس التخطيط فى مجالات التشييد والمقاولات ، ضرورة ايجاد توازن أفضل بين وسائل تحديد الاحتياجات القومية المتعلقة بها وبين الامكانات والموارد المتاحة ، لتحديد الطاقة التنفيذية . ويجب أن يتم ذلك فى حدود النمو الاقتصادى القومى ، وأن تتناسب الطاقة الانتاجية المقترحة دائما مع الظروف والمتغيرات ، كما يلزم مراعاة أن تشمل تلك الطاقة قيمة الصيانة الضرورية للانشاءات الموجودة ، وكذلك قيمة انتاج القطاع غير المسجل ، وهو القطاع الذى يؤدى الأعمال البسيطة والتى يقع معظمها فى أعمال الترميمات ، وكذلك أعمال القطاع الريفى ، والذى قدر بحوالى ١٥٠

مليون جنيه خلال عام ١٩٧٩ .

ولكى تتم دراسات التخطيط بدقة فيجب تدعيم وحدة التشييد بوزارة التخطيط ، على ان تتولى تلك الوحدة التوسع فى الحصول على البيانات الحقيقية من مصادرها ، كى تقوم باجراء دراسات مبكرة للربط والتنسيق بين خطة التشييد ، وخطة الاقتصاد القومى ككل ، وتحديد حجم الموارد المرتبطة بذلك من عمالة ومواد ومعدات وتمويل ، دون حدوث اختناقات فى أى منها مستقبلا .

خامسا : قصور التوسع فى طاقة التشييد : ظلت صناعة التشييد والمقاولات بجميع عناصرها الرئيسية تابعة للقطاع الخاص ، منذ ثورة يوليو ١٩٥٢ ، حتى صدرت القوانين الاشتراكية فى يوليو ١٩٦١ ، فأممت بعض شركات المقاولات كليا ، والبعض جزئيا ، ثم أتيحت الفرصة لباقى الشركات للدخول فى مشاركة مع الحكومة بنسبة ٥٠ ٪ . الا أن أسلوب المشاركة لم يستمر طويلا فقد صدر القانون رقم ٥٢ لسنة ١٩٦٤ بتأميم شركات المشاركة تأميما كليا وبأثر رجعى الى ٢٠/ ٧ / ١٩٦١ .

وخلال الفترة من ١٩٦١ حتى ١٩٦٧ واجهت الشركات المؤممة والمندمجة صعوبات مالية وفنية نتيجة ضعف الأصول وزيادة الخصوم ، كما واجهت تلك الشركات ضرورة العمل على زيادة طاقتها الانتاجية بمعدلات غير عادية ، للحاق بحجم الاستثمارات المتزايدة عاما بعد آخر دون أن يتوفر لها أسباب النمو من رؤوس اموال كافية أو كفاءات فنية أو عمالة مدربة ، ثم صدر القرار الجمهورى رقم ١٤٧ لسنة ١٩٦٢ بتخويل وزير الاسكان اصدار أوامر التكليف لشركات المقاولات لتنفيذ الأعمال المقررة بالخطة .

ونتيجة لعدم مناسبة الهياكل التمويلية لحجم الأعمال خلال السنوات التالية ، قامت الشركات بمداركة احتياجاتها من الأصول الثابتة من مقدمات الأعمال ، كما لجأت للسحب على المكشوف من المصارف لتمويل الأعمال الجارية ، الأمر الذى أدى بكثير من الشركات الى تحقيق خسائر . مما حدا بالدولة الى مداركة الاعتمادات المالية التى خصصت لدعم هذه الشركات ، ووزعت المؤسسات العامة هذه الاعتمادات على الشركات وبدلا من استخدامها فى تمويل وحدات جديدة متطورة وتدعيم الشركات القائمة ، استخدمت تلك الاعتمادات فى استهلاك الخسائر وتمويل جزء من السيولة المالية للتشغيل ، ومعنى ذلك انه لم تضف طاقة جديدة لهذا القطاع . واستمر الحال على هذا النحو حتى عام ١٩٦٧ ، حيث انكمشت استثمارات الخطة اثر العدوان الاسرائيلى ، وانخفض رقم الأعمال فى معظم الشركات الى الحد الذى لا يغطى الأعباء الثابتة ، كما ان مساهمة بعض الشركات فى المجهود الحربى ، مع انها ساعدت فى تحقيق اقتصاديات بعض الشركات ، الا أنها أدت الى اهلاك معداتها اهلاكا غير عادى ، نظرا لمواقع هذه الأعمال ، وظروف العمل بها ، وجدير بالذكر أن قليلا من هذه الشركات عبر هذه الفترة العريضة بالربح الضئيل ، أو بدون ربح اطلاقا ، بل أن معظمها عبرها وهو محمل بالخسائر ، مماأدى الى تصفية بعضها . ولقد كانت الفترة التالية لحرب اكتوبر ١٩٧٣ من المناسبات التى اعادت الروح لبعض الشركات ، بسبب مشروعات التعمير ومانتج عنها من رواج ، كما أن الشركات التى امتد نشاطها الى خارج الجمهورية قد حققت الكثير من النجاح فى مجالات التنفيذ والخبرة والعائد المالى .

وبعد سياسة الانفتاح التى تلت حرب أكتوبر طرأت على قطاع المقاولات ظروف جديدة استدعت اعادة النظر فى الأوضاع المالية والفنية لشركات القطاع العام بالذات ، والعمل على تدعيمها لمواجهة المنافسة الشديدة من شركات القطاع الخاص الاستثمارى ذات رأس المال الأجنبى والمحلى ، والمجهزة بالمعدات المتطورة ، والمتمتعة بمزايا قانون الاستثمار وغير المحملة بالأعباء الادارية غير العادية ، وغير المقيدة بقوانين ولوائح الحكومة .

والخلاصة أن معدل التوسع فى الطاقة التنفيذية لشركات القطاع العام لم يساير بالقدر المناسب الزيادة المطردة فى حجم أعمال خطط

التنمية ، نتيجة لتلك الأوضاع.

أما بالنسبة للقطاع الخاص ، فقد حدد حجم أعماله فى بداية الستينات بثلاثين الف جنيه سنويا ، ثم تدرج الى خمسين ألفا ، ثم الى مائة ألف ثم الى نصف مليون ثم الى مليون جنية سنة ١٩٧٤ ، ثم أزيلت هذه القيود مع بدء سياسة الانفتاح .

ولقد تأثر بذلك صغار المقاولين ، ولم ينالوا أى تشجيع من أى جهة فى الدولة . ومشاكل هؤلاء المقاولين لها طبيعتها الخاصة – مع أن امكاناتهم فى زيادة طاقة صناعة التشييد لايستهان بها – فهم يعانون من صعوبة الحصول على المعدات ، ومن صعوبة تمويل الأعمال وادارتها . ويقترح انشاء مراكز استشارية يتم إعدادها لمواجهة احتياجاتهم من النواحى المالية والفنية ، وتأجير المعدات اللازمة لهم .

التوصيات

وعلى ضوء العرض السابق ، ومادار من مناقشات عند بحث هذا الموضوع فى اجتماع المجلس بتاريخ ١٩٨٢/١٢/٢٢ ، وماأبدى من آراء فى الاجتماع المشترك لمجلسى الخدمات والانتاج بتاريخ ١٩٨٣/١/١٢ ، تبرز النقاط الآتية :

• ان صناعة التشييد والمقاولات تواجه عقبات تمس كافة المستويات المشتركة فى مجال هذه الصناعة ، وتظهر فى مراحل نشاطها ، وتعوقها عن تحقيق الأهداف المرسومة لها.

• أن السياسة المطلوبة لاصلاح أوضاع هده الصناعة ، يجب أن تكون شاملة مترابطة ، تتناول عناصر التنظيم والتخطيط والاستثمار، بحيث تدعم قدرتها لمواجهة احتياجات التشييد التى تمثل قدرا كبيرا فى حجم الاستثمار القومى .

• ضرورة الانتهاء من وضع تخطيط شامل – يلتزم به – لسياسة الاسكان ، يتضمن : قواعد التخطيط العمرانى ، وخطة الاسكان التفصيلية ، والمجتمعات الجديدة .

وان يراعى فى هذا التخطيط مايأتى :

– التحديد الواضح لدور المسئولين عن صناعة التشييد والمقاولات ومهامهم التنفيذية.

– الاشتمال على وجهة نظر المستفيدين من هذه الصناعة والمتأثرين بها

– تشديد العقوبات على المخالفين .

وحتى يتاح لصناعة التشييد والمقاولات ان تؤدى دورها الأساسى فى التنمية ، يقترح الأخذ بالتوصيات الآتية :

* توفير الحرية الملائمة لهذه الصناعة :

وذلك بتحقيق الحرية الكافية لشركات مقاولات القطاع العام فى وضع الهياكل التنظيمية التى تلائم كلا منها ، وفى اختيار أسلوب التشغيل المناسب لها ، بلا تدخل من الأجهزة الحكومية ، وتحقيق مبدأ الفصل بين الملكية الحكومية والادارة الفعالة للشركات ، وتهيئة السبل الكفيلة بمساهمة فعالة للقطاع الخاص والقطاع الاستثمارى فى خطط التشييد ، والنظر فى أن يكون لها دور فى انتاج وتوزيع مواد البناء . مع تحقيق المساواة بينها وبين شركات القطاع العام .

* زيادة وتحسين موارد التشييد :

وهى : القوى العاملة ، والمواد ، والمعدات ، وأساليب التشييد ، والتمويل .

وذلك على النحو الآتى :

• القوى العاملة :

– وضع خطط التدريب وتنمية العمالة الفنية والادارية والمالية موضع التنفيذ .

– تدعيم جهاز التدريب بوزارة التعمير فنيا وماليا ومنحه اختصاصات أوسع وامكانات أوفر لرفع طاقة التدريب الحالية .

– استكمال مراكز التدريب المقرر انشاؤها بوزارة التعمير وتوفير الاعتمادات المالية اللازمة للانشاء والتجهيز والادارة.

– انشاء مركزين احدهما بالقاهرة والثانى بالاسكندرية للتدريب على

المهارات الفنية المتطورة . على أن ينظر مستقبلا فى انشاء مركزين آخرين ، احدهما فى طنطا ، والآ خر فى أسيوط أو المنيا .

– انشاء ستة مراكز لتدريب عمالة تشغيل المعدات توزع على : القاهرة /الاسكندرية / طنطا / أسيوط / الاسماعيلية .

– إعداد برامج متطورة للمدربين .

– التوسع فى برامج القادة الاداريين فى أعمال التشييد .

– الاهتمام فى برامج التعليم بالكليات الجامعية ذات الصلة بهذا التخصص ، بدراسة صناعة التشييد فنيا واداريا .

المواد :

– تخفيف العبء على شركات المقاولات بالنسبة للدفع المقدم عند التعاقد على شراء مواد البناء والنظر فى امكان الدفع عند التوريد ، وتقصير مدد التوريد الحالية .

– اعادة برمجة الخطة الموضوعية لصناعتى الأسمنت والحديد بأسلوب اكثر واقعية ، بعد أن تبين تخلف التنفيذ الحالى عن البرنامج الموضوع لذلك .

– الاسراع فى تنفيذ المشروعات الخاصة بتوفير بدائل الطوب الاحمر من الطوب الطفلى ، والرملى ، والأسمنتى ، والحجر الجيرى .

المعدات :

– توفير المعدات اللازمة للاحلال والتطوير والتى تقدر خلال السنوات الخمس القادمة بنحو ٨٠٠ مليون جنيه شاملة قيمة قطع الغيار اللازمة لها ، وأن يتم شراء هذه المعدات بعد الفحص الكامل لشركات القطاع العام ، وكذا لبعض نوعيات القطاع الخاص ، لتزويد تلك الشركات بالقدر اللازم من المعدات للاحلال وبالقدر المتطور الذى يمكنها من مواجهة أنشطة التشييد ذات الأولويات طبقا للخطة ، وعلى سبيل المثال : اعطاء أولوية للشركات التى تعمل فى مجال المرافق ، ثم الاسكان ، ثم الاستصلاح ، ثم الصناعة .

– تشجيع تأسيس شركات وطنية لتأجير المعدات ، وذلك للتخفيف عن كاهل شركات التشييد عامة ، بما يحقق التشغيل الاقتصادى المناسب لنوعيات خاصة من المعدات ذات التكلفة العالية .

أساليب التشييد :

– ادخال أساليب التشييد المتطورة فى هذا المجال الهام بما يحقق الجودة والسرعة فى طرق ووسائل الانشاء ، لإمكان تعويض القصور العددى والنوعى فى العمالة .

مع تقييم الأساليب الجارى استخدامها حاليا عن طريق الأجهزة والجهات المعنية ببحث البناء ، وذلك لترشيد الاستعمال بما يحقق الاستخدام الأمثل من النواحى الفنية والاقتصادية .

– وضع خطة تنفيذية تهدف الى تخصيص مصنع أو أكثر من مصانع المبانى الجاهزة لتنفيذ سياسة الاسكان والمبانى العامة ، فى كل من المدن والمجتمعات الجديدة ، خصوصا وأن التوزيع الجغرافى الحالى لهذه المصانع يتوافق ومواقع تلك المدن ، وبذلك يمكن تحقيق هدفين اساسيين : الأول اقامة مشروعات السكان بالمدن والمجتمعات الجديدة والثانى تشغيل تلك المصانع بالاسلوب الاقتصادى السليم .

– إعداد برامج قومية للتنشيط والتوحيد القياسى ، فى المجالات المتعددة للتشييد .

– توفير وحدات متنقلة لاختبارات المواد والتربة لضمان سلامة المبانى ، مع تزويدها بالمعدات الحديثة والأطقم الفنية المدربة .

التمويل :

– اعادة النظر فى أسس توزيع الحصص التمويلية للمشروعات ، وإعداد برامج واقعية لذلك مع التنسيق بين النظم المالية المختلفة .

– سداد ديون الدولة لشركات المقاولات فى مدة لاتتجاوز العامين ، على أن تتحمل الدولة فوائد التأخير المصرفية عما يتبقى من ديون بعد الفترة . وكذلك عن أى تأخير فى صرف مستحقات الشركات بدءا من

السنة المالية القادمة .

- انشاء عدة مراكز رائدة لخدمة صغار المقاولين ، يحتوى كل منها على فرع مصر فى لتزويدهم بالتمويل وتقديم المشورة المالية .

التظيم والتنسيق بين قطاعات التشييد :

- إعداد تنظيم شامل لصناعة المقاولات والتشييد ، والتى تتوزع انشطتها حاليا بين عدد كبير من شركات ووحدات القطاع العام والخاص ، والنقابات والمكاتب الاستشارية والبحثية ، وأصحاب الأعمال سواء أجهزة حكومية أو جهات أهلية ، وكذلك أجهزة الحكم المحلى التى تراقب تنفيذ قوانين التخطيط العمرانى وانشاء المبانى . وينبغى ان يكفل هذا التنظيم تخليص هذه الصناعة من أوجه القصور التى تعانيها ، ويحقق التنسيق بين قطاعاتها المختلفة .

- انشاء هيئة أو جهاز تمثل فيه جميع الأطراف المعنية بالتشييد يطلق عليه « مجلس تنمية صناعة التشييد » أو « المجلس الأعلى للتشييد » يكون مسئولا عن تحديد وتحديث وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة ويرتبط بالحكومة على أعلى المستويات . ويقترح أن يتبع المجلس جهازان تنفيذيان ، « الاول جهاز تدريب صناعة التشييد » لخدمة القطاعين العام والخاص ، وتوفير العمالة الفنية المدربة لسد احتياجات الصناعة فى الداخل والخارج . أما الجهاز الثانى فهو « جهاز التنمية والمعلومات لصناعة التشييد » ويختص بالبحوث والتنمية والمعلومات والاختبارات .

- إعادة النظر فى القوانين واللوائح المعمول بها حاليا ، والتى تنظم اجراءات المناقصات والتعاقدات بما يكفل التوازن بين طرفى التعاقد ويحقق توازن الأسعار - قدر الامكان - خلال مدة التنفيذ والأخذ بمبدأ التحكيم لتسوية الخلافات بما يحقق سرعة ازالة الخلافات التى قد تنجم أثناء التنفيذ دون تعطيل للأعمال .

* تطوير خطط التشييد :

- ايجاد توازن بين وسائل تحديد الاحتياجات القومية لصناعة التشييد ، وبين الامكانات والموارد المتاحة ، أخذا فى الاعتبار النمو الاقتصادى القومى . وعلى أن تشمل الطاقة التنفيذية التى تقرر قيمة الصيانة الضرورية للمنشآت الموجودة، وكذلك انتاج القطاع الخاص غير الوارد بالسجلات الرسمية ، والذى ينحصر نشاطه فى أعمال الترميمات والأعمال الصغيرة وفى المجال الريفى .

* التوسع فى طاقة التشييد :

- تدعيم شركات القطاع العام ، وعلاج الخلل فى هياكلها التمويلية وتوفير المعدات اللازمة لها ، بما يمكنها من مواجهة الأعباء الملقاة عليها طبقا لخطة التنمية .

- توفير الوسائل اللازمة لتدعيم شركات القطاع الخاص ، وعلى الأخص صغار المقاولين ، بالاشتراك مع المصارف التجارية ، وذلك بتخفيض فائدة الاقتراض فى مجالات المعدات والتمويل .

- انشاء عدة مراكز استشارية لخدمة صغار المقاولين يتم إعدادها لمقابلة احتياجاتهم وتقديم المعونة الفنية وإعداد التدريب التخصصى اللازم

توصيات عامة :

- اعطاء أولوية لاستكمال المشروعات المتوقفة والمشروعات الجارى تنفيذها .

- وضع سياسة مالية لضمان تمويل المشروعات الواردة بالخطة ، حتى لايتعثر التنفيذ وتمتد مدته ، مما يزيد فى التكلفة ، فضلا عن تعطيل القوى العاملة ، وتعطيل الاستفادة من تلك المشروعات .

- التعجيل باصدار قانون الاتحاد المصرى لمقاولى البناء والتشييد .

النهوض بمرفقى مياه الشرب والصرف الصحى

بدأ استخدام المياه النقية لأغراض الشرب والاستخدامات المنزلية فى مصر فى أواخر القرن الماضى ، وذلك حينما استخدمت لأول مرة فى القاهرة عن طريق مجموعة محدودة من الآبار أنشأتها الشركة الفرنسية فى موقعين بالمدينة بعد تأسيسها عام ١٨٦٥.

واستمر اعتماد القاهرة على الآبار التى أنشأتها الشركة الفرنسية حتى أنشئت أول عملية مياه مرشحة بروض الفرج عام ١٩٠٦ . وفى الاسكندرية أنشئت أول عملية محدودة الطاقة بمنطقة باب شرقى فى عام ١٨٦٥ ، ثم تم توسيعها فى عام ١٨٧٩ عقب تأسيس شركة مياه الاسكندرية الانجليزية ، وبعد انشاء البلدية فى عام ١٨٩٠ استخدمت عمليات المياه المرشحة التى بدأت باستخدام مرشحات تجريبية عام ١٩٠٣ ، ثم تلتها محطات الضغط العالى بمنطقتى مينا البصل والقبارى فى عام ١٩١٢.

كما قامت شركة قناة السويس بتزويد مدن القناة الرئيسية بعمليات مياه مرشحة للشرب فى تواريخ معاصرة ، علاوة على تزويد السفن المارة بالمياه المنقاة طبقا للمعايير الدولية . وانتقلت هذه الخدمة بعد ذلك الى عواصم المديريات وبعض المدن الرئيسية حيث انتشرت عمليات المياه ، وخاصة فى العشرينات . وكان بعض هذه العمليات للمياه المرشحة ومعظمها من ناتج الآبار .

وبدأ التفكير فى أواخر الثلاثينات فى تعميم مياه الشرب النقية بقرى الريف ، حيث استخدمت أول محطة اقليمية كبرى بمنطقة العزب بالفيوم فى عام ١٩٤٠ ، بجانب محطات للمياه الجوفية بمختلف القرى ، ثم توقفت مشروعات تغذية الريف بمياه الشرب النقية بسبب اندلاع الحرب العالمية الثانية ، ثم استؤنفت بعد انتهائها . وقد أولت ثورة يوليه قطاع مياه الشرب بالريف عناية فائقة ، بهدف تعميم مياه الشرب النقية فى كافة أنحاء الريف : مدنه وقراه ، وشهدت الخمسينات طفرة ملحوظة ، فقد تم اعداد العقد المجمع لمياه الشرب بالاقاليم فى عام ١٩٥٤ ، وبدىء بتنفيذه فى العام التالى ١٩٥٥ . وما أن أشرفت الستينيات حتى كان عدد عمليات المياه الكبرى التى تغذى أكثر من محافظة قد بلغ ستة مرافق رئيسية ، وهى مرافق العزب ، وبساط كريم الدين ، وشربين ، وأبوحمص ، وفوه ، والعباسة بجانب انجاز ١٢٠٠ عملية مياه صغرى تستخدم الابار لتغذية القرى بالوجهين : البحرى والقبلى ، وصل عدد المنتفعين منها الى حوالى ١٢ مليون نسمة من اجمالى عدد سكان الريف الذى بلغ حينئذاك حوالى ١٥.٤ مليون نسمة ، بجانب ٣.٢ مليون نسمة بالحضر فى ١٤١ مدينة . وقد صممت عمليات مياه الشرب فى الماضى على أساس معدلات استهلاك منخفضة للافراد تراوحت بين ٢٠ ، ٣٠ لترا للفرد يوميا فى الريف ، وبين ٦٠ . ١٠٠ لتر للفرد يوميا فى المدن ، بما فى ذلك القاهرة والاسكندرية ، كما كانت حنفيات المياه العمومية تستخدم ، ومازالت ، فى الريف حيث يتعذرتوصيل المياه الى داخل مساكنه المبنية بالطوب اللبن ، فضلا عن استخدام هذه الحنفيات فى بعض الأحيان بالمدن .

ونظرا للارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والزيادة المطردة لعدد السكان ، فقد أصبح انتاج المياه قاصرا عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين ، وأصبح من الظواهر الملموسة أن نرى مناطق مغطاة بشبكات المواسير تعانى نقصا فى كميات المياه وانخفاضا فى الضغط .

وقد عقدت الدولة فى عام ١٩٦٦ اتفاقية مع جمهورية

تشيكوسلوفاكيا لتركيب المهمات الميكانيكية والكهربائية لعدد ٤٠ محطة بمختلف انحاء الجمهورية بهدف تدعيم الطاقة الانتاجية المتاحة وقتئذ، وتعويض النقص الملموس فى الانتاج .

وكان من الطبيعى أن تلاحق مشروعات الصرف الصحى ماسبقها من مشروعات لمياه الشرب ، فقد بدأ تنفيذ مشروع مجارى الاسكندرية فى أواخر القرن الماضى وتلاه مشروع مجارى القاهرة الذى بدأ فى عام ١٩٠٦ وتم فى عام ١٩١٤ ، وأعقبهما تزويد بعض عواصم المديريات ، على نطاق ضيق ، بمشروعات الصرف الصحى فى خلال العشرينيات والثلاثينيات ، ثم زودت ابتداء من الخمسينات باقى عواصم المحافظات مع بعض المدن الرئيسية بهذه المشروعات ، حيث تم تنفيذ مشروعات المجارى فى ١٨ مدينة ، عدا القاهرة الكبرى والاسكندرية – وهى مدن : طنطا وبورسعيد ودمنهور والزقازيق والفيوم والسويس والمنصورة والمحلة الكبرى وكفر الزيات وبنها وشبين الكوم ودمياط وبنى سويف وأسيوط ورأس البر وكفر الشيخ والاسماعيلية والمنيا . وبانتهاء تنفيذ خدمة الصرف الصحى فى خلال الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٣– ٨٦/ ١٩٨٧ فى تسع مدن اضافية ، وهى أسوان وقنا وسوهاج والأقصر وشبراخيت ومنوف وكفر الدوار وسمنود والمحمودية ، تكون خدمة الصرف الصحى قد امتدت الى ٢٩ مدينة بما فيها القاهرة والاسكندرية .

وقداقتصرت المشروعات طوال الفترة الماضية – سواء بالنسبة لمشروعات مياه الشرب أو الصرف الصحى – على التوسع فى مد الخدمة ، إما بمد شبكات المواسير الرئيسية والفرعية ، وإما بانشاء محطات جديدة على نطاق ضيق ، لملاحقة التوسع العمرانى والزيادة السكانية المطردة جزئيا .

وكان من الضرورى أن تتم عملية مسح شامل دورى للتعرف على كفاءة مختلف هذه العمليات وشبكاتها ، والتغيرات التى طرأت بالنسبة لتعداد المنتفعين ، وانماط الاستهلاك ، ونطاق الاستفادة –بعد استحداث مناطق التوسع العمرانى – لتقرير مايلزم تنفيذه من عمليات للاحلال والتجديد بهدف الحفاظ على الطاقة الانتاجية وانشاء الخزانات اللازمة لعمل الموازنات ، والحفاظ على الضغوط أو تدعيم العلميات القائمة ، أو استحداث عمليات جديدة لمواجهة الاحتياجات الفعلية للمواطنين ، الأمر الذى لم يتم بسبب عدم كفاية الا ستثمارات التى كانت تتاح لهذا القطاع ، مما لم يسمح بالتطوير الجذرى والتنمية الشاملة ، لضآلة هذه الاستثمارات ووصولها الى الحد الذى لم يمكن معه استكمال الأعمال الملحة التى كانت تحت التنفيذ ، بجانب عدم كفاية المبالغ لأعمال الصيانة الضرورية وخاصة فى خلال الستينيات . وقد سبق أن أعد مشروع كامل لمجارى القاهرة عام ١٩٥٦ قدرت تكاليفه بحوالى ١٧مليون جنيه ، ولكن لم يتيسر تنفيذه لظروف حرب ١٩٥٦ وماتلاها من أحداث .

وقد ترتب على ذلك ظهور طفح المجارى بشكل ملموس فى بعض مناطق القاهرة فى خلال عام ١٩٦٤ ، مما دعا الحكومة الى رصد اعتمادات محدودة فى خلال عام ١٩٦٥ لعلاج هذه الحالة الطارئة علاجا مؤقتا وفى فترة زمنية قصيرة سميت بمشروع المائة يوم ، عادت بعده الاستثمارات مرة أخرى الى الانكماش . مما أدى الى عجز مرفقى مياه الشرب والصرف الصحى عن الوفاء بمتطلبات الجماهير

آثار التأخير فى مواجهة المشكلة

أولا – بالنسبة لمياه الشرب :

– مع الارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والزيادة المطردة فى عدد السكان أصبح توفير مياه الشرب قاصرا عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين .

– تسبب فى ذلك أن محطات انتاج المياه تعمل بأكثر من طاقتها التصميمية لمواجهة الحاجات الملحة ، مما يعرضها للتلف ، علاوة على ماتعانيه هذه المحطات بسبب الطحالب التى تكاثرت فى مياه النيل ، وفى الترع التى تأخذ منه ومايستتبع ذلك من تعدد مرات غسيل المرشحات الذى يؤثر على الانتاج . وقد أدى ذلك الى :

• افتقار شبكات المياه فى مناطق الامدادات العمرانية وفى القرى الى المياه ، ماعدا ساعات محدودة من النهار .

• عـــدم وصول المياه ، الا بالقدر القليل ، لمناطق فى نهاية الشبكات .

• ضعف الضغط الذى يؤدى الى عدم وصول المياه الى الأدوار العلوية فى كثير من المناطق.

• حرمان بعض المناطق من توصيل المياه اليها .

• أعطال متوالية فى المحطات ، يصاحبها نقص فى قطع الغيار وفى الأيدى العاملة الفنية المدربة .

ثانيا - بالنسبة للصرف الصحى :

- لايتوافر الصرف الصحى الا فيما لايزيد على ٢٠ مدينة ، من بينها القاهرة والاسكندرية اللتان تمثلان أكثر من ثلث عدد سكان الجمهورية من اجمالى عدد مدن الجمهورية التى تبلغ ١٥٧ مدينة .

- تعانى المدن التى بها صرف صحى ، بما فيها القاهرة والاسكندرية ، من طفح المجارى ، الأمر الذى يهدد الصحة العامة ويساعد على انتشار الأوبئة بين أكثر من نصف عدد سكان الجمهورية .

- تعانى المدن التى لايتوافر فيها الصرف الصحى من :

. طفح الخزانات الأرضية ، ولاسيما بعد ارتفاع منسوب المياه الجوفية .

. الانفاق المتوالى على عمليات الكسح .

.افتقار هذه المدن ، فى معظم الأحيان ، الى العدد الكافى من عربات الكسح .

مواجهة المشكلة

قام المجلس بدراسة هذا الموضوع من كافة جوانبه ، وذلك على ضوء ماتم من دراسة للأوضاع القائمة بالمرفقين واقتراح للحلول الجذرية للنهوض بهما ، التى تمت بمعرفة مجموعات من بيوت الخبرة الاستشارية : المحلية والأجنبية بالاشتـراك مع الأجهزة المعنية بكل مرفق .

وقد اتضح أن تلك الدراسات قد أجمعت على مايأتى :

. البدء بأعمال الاصلاح والاحلال والتجديد للمرافق القائمة حتى تستعيد كفاءتهاالتصميمية .

. توفير أجهزة المعالجة والتعقيم والقياس ، لإمكان التحكم فى الانتاج كما ونوعا .

. تدعيم العمليات القائمة ، سواء بتوسيعها أو انشاء عمليات جديدة لمواجهة الزيادة السكانية وارتفاع معدلات الاستهلاك والتوسعات العمرانية .

وبناء على هذه الدراسات تم إعداد خطط شاملة لمرفق مياه الشرب بالقاهرة الكبرى والاسكندرية والأقاليم ، وأخرى لمرفق الصرف الصحى بالقاهرة الكبرى والاسكندرية ومدن قناة السويس ، وذلك على النحو التالى :

مشروعات القاهرة الكبرى :

تم إعداد مشروع الخطة الشاملة للمياه بالقاهرة الكبرى (محافظة القاهرة - مدينة الجيزة - مدينة شبرا الخيمة) حتى عام ٢٠٠٠ مستهدفا :

• الوصول بكمية انتاج كلية فى نهاية الخطة الخمسية الى حوالى ٤.٠ مليون مترمكعب يوميا وهى تعادل الكمية المتوقعة لتغطية الاحتياجات حتى عام ١٩٩٠، مع زيادة طاقة التخزين لتصل الى ٠, ٣٧٠ ألف متر مكعب لمواجهة فترات الذروة وتحسين الضغط .

• مواجهة زيادة الاستهلاك وملاحقة التوسع العمرانى لمقابلة الاحتياجات المتزايدة مستقبلا وبصفة تدريجية ، لتحقيق مساواة الانتاج بالاحتياجات، وذلك باتباع مايلى :

- رفع كفاءة المحطات الحالية .
- استكمال المشروعات الجارية التى بدأ تنفيذها فعلا .
- مد خطوط مواسير رئيسية وفرعية .
- تجديد شبكات المياه القائمة .
- انشاء روافع جديدة لتغطية المناطق المحرومة .
- تدعيم التغذية بمناطق مختلفة بدائرة القاهرة الكبرى .
- تحسين ورفع الضغط بالشبكة .
- العمل على توصيل المياه لمناطق الاسكان الجديدة بمدينة نصر وغيرها .
- رفع كفاءة الآبار الحالية .
- دق آبار جديدة بمنطقة المرج ومسطرد .
- عمل دراسات للحوض الجوفى بمختلف مناطق القاهرة الكبرى لإمكان الاستفادة من استخدام مياه الآبار قدر الامكان خفضا للتكلفة .
- اتخاذ الاجراءات للعمل على تشغيل المحطات القائمة بطاقتها التصميمية ، بدلا من تشغيلها بطاقة أكبر تصل حاليا الى ٣٠٪ زيادة عن الطاقة التصميمية ، بهدف الحفاظ على سلامة هذه المحطات ،

لضمان استمرار تشغيلها بكفاءة عالية طوال فترة عمرها الافتراضى .

– عمل التحسينات والاضافات اللازمة لتحسين نوعية المياه واستكمال وسائل الأمن والأمان لضمان التشغيل وتوفير الاحتياطى لكل محطة .

أما بالنسبة لأعمال الصرف الصحى فتبلغ القدرة الحالية لشبكات ومحطات الرفع بالقاهرة الكبرى حوالى ١.٨ مليون متر مكعب فى اليوم ، على حين أن استهلاك المياه يبلغ حوالى ٢.٥ مليون مكعب يوميا ، وبفرض أن مايصل لشبكات المجارى يبلغ ٨٠ ٪ من هذا الاستهلاك أى حوالى – ٢مليون متر مكعب فى اليوم ، بما يزيد عن أقصى قدرة للمرافق حاليا بحوالى ٢٠٠.٠ ألف متر مكعب يوميا تظهر كطفح فى المناطق المنخفضة وفى نهايات الشبكات ، فقد استلزم هذا الأمر وضع خطة عامة لاستيعاب التصرفات الحالية والمستقبلة حتى عام ٢٠٣٠ . وقد انتهت هذه الخطة الى :

• ضرورة سرعة تنفيذ مشروعات الاحلال والتجديد والتدعيم كخطوة أولى عاجلة .

• توفير المهمات اللازمة للتشغيل والصيانة ، والبدء فورا فى تنفيذ المراحل الأولى من المشروع . وتضمنت الخطة الخمسية من هذه المشروعات مايلى :

• احلال وتجديد شبكات مواسير الانحدار الفرعية للمناطق ذات الأولوية الأولى والأكثر احتياجا وتبلغ ٣٥ منطقة .

• مشروعات الاحلال والتجديد ل ٥٢ محطة رفع صغرى .

• أعمال الاحلال والتجديد ل٣٩ رافع هوائى .

• انشاء خطوط مواسير انحدار ومواسير طرد لضمان وصول ورفع التصرفات التى تخدمها هذه المحطات .

• انشاء ست محطات رفع جديدة .

بالنسبة لمشروعات الضفة الشرقية :

• انشاء النفق الرئيسى من محطة الأميرية الى عابدين بطول حوالى تسعة كيلومترات بقطريتراوح مابين ٤ الى ٥ أمتار .

• انشاء انفاق فرعية بطوالى حوالى – ١٨ كيلومترا وبأقطار تتراوح ما بين ١.٢ الى مترين ، لخدمة مناطق مدينة نصر والعباسية وبولاق .

• انشاء محطات الرفع ومجمعات الانحدار ومواسير الطرد اللازمة لرفع المخلفات حتى الوصول الى عملية التنقية بالجبل الأصفر .

والمدة المقررة لتنفيذ هذه المشروعات حوالى أربع سنوات .

بالنسبة لمشروعات الضفة الغربية :

• انشاء محطة رفع كبرى والماسورة الصاعدة الخاصة بها لرفع التصرفات من منطقة شمالى الجيزة الى محطة التنقية بأبو رواش .

• انشاء محطة التنقية الكاملة فى أبورواش.

• انشاء شبكات مجارى رئيسية وفرعية بالمعصرة وحلوان والتبين .

• انشاء المجمع الرئيس من المعادى حتى التبين بطول – ٢٥ كيلو مترا .

• انشاء ثلاث محطات رفع فرعية ومحطة رئيسية لرفع مياه المجارى بهذه المناطق لمحطة التنقية .

• انشاء محطة تنقية كاملة لمعالجة مياه المجارى لاستخدامها فى استصلاح الاراضى والزراعة . وينتظر الانتهاء من تنفيذ هذه المشروعات فى الخطة الخمسية الحالية.

يضاف الى ماسبق ما تقوم به الهيئة العامة لمرفق الصرف الصحى للقاهرة الكبرى ، والتى تتبع المحليات ، من أعمال متممة للمشروعات السابق الاشارة اليها ، منها :

• استكمال مشروع مجارى شبرا الخيمة وانشاء عملية تنقية بها سعة ٦٠٠ ألف متر مكعب فى اليوم .

• استكمال مجارى منطقة الهرم .

• استكمال عملية التنقية بالجبل الأصفر بسعة قدرها ٦٠٠ ألف متر مكعب يوميا .

• عمليات الاحلال والتجديد ومد المجارى الى المناطق المحرومة ، وتحسين الصرف الصحى بمختلف مناطق القاهرة .

مشروعات الاسكندرية :

تستهدف الخطة العامة الوفاء باحتياجات كل من محافظتى : الاسكندرية ومرسى مطروح حتى عام ١٩٩٠ وذلك بما يلى :

• زيادة الطاقة الانتاجية لمحطات مياه الشرب بمقدار ٧٨٠ مليون

متر مكعب فى السنة ، بما يمكن من سد النقص الحالى فى كميات المياه المنتجة والتى تبلغ ٣٦٤ مليون متر مكعب خلال عام ٨١ / ١٩٨٢ ، بمتوسط يومى يبلغ حوالى مليون متر مكعب ، على حين لم تقل متطلبات صيف تلك السنة عن حوالى ١.٥ مليون متر مكعب فى اليوم ، فى الوقت الذى تبلغ فيه جملة الطاقة التصميمية لمحطات المرفق ما لايزيد عن – ٨٣٣ ألف متر مكعب فى اليوم ، الأمر الذى أدى الى الاضطرار الى تشغيل المحطات تحت حمل تشغيل بلغ ١٣٠ ٪ من طاقتها التصميمية على مدار العام و ١٥٠ ٪ خلال فصل الصيف .

• تخفيف حمل التشغيل على المحطات بمايمكن من تشغيلها فى اطار طاقتها التصميمية .

• ايجاد هامش من فائض الانتاج يتيح وقف تشغيل بعض الوحدات الانتاجية عندما تدعو الضرورة لاجراء الصيانة والعمرات السنوية .

• الارتفاع بنوعية المياه كنتيجة فى اطار الطاقة التصميمية واجراء أعمال الصيانة والعمرات فى توقيتها الدورى .

• تنفيذ خطوط وشبكات المواسير اللازمة لمواجهة نقل الزيادة المتوقعة فى انتاج محطات المياه الى مراكز الاستهلاك .

• مد شبكات المواسير لمواجهة الامتداد العمرانى والصناعى والسياحى .

• تنفيذ مشروعات الاحلال والتجديد لشبكات المواسير القديمة المستهلكة واستبدال شبكات التوزيع ذات الاقطار الصغيرة بأخرى أكبر قطرا لتتلاءم مع زيادة الاحمال بسبب تزايد الكثافة السكانية .

• تحسين مستوى الخدمة عن طريق انشاء مشروعات لتخزين المياه لتقوية الضغط والموازنة بين الانتاج ومتطلبات الاستهلاك على مدار ٢٤ ساعة يوميا .

أما بالنسبة لمشروع المجارى ، فقد استهدفت الخطة :

• انشاء شبكات مجارى مناطق : أبوقير والرأس السوداء والسيوف القبلية ومنطقة سموحة ، مع خطوط الطـــرد والمجمعات للمناطق المستجدة .

• انشاء محطتى التنقية الشرقية والغربية .

• تجديد المحطات وخطوط الطرد والمجمعات القائمة .

• انشاء المصب البحرى بطول ١٠ كيلو مترات داخل البحر ، وعلى عمق ٥٠ مترا من سطح البحر

ومازالت الدراسة تجرى للنظر فى امكان الصرف الى الصحراء غربى الاسكندرية للاستفادة من المياه المنقاة فى أعمال الزراعة ، وهذه الدراسة لاتمنع من السير فى تنفيذ مشروعات الخطة لتحقيق تحسن يشعر به المواطنون ، وتهدف الخطة الى الانتهاء من هذه المشروعات فى عام ٩٨ / ١٩٩٠ تقريبا .

مشروعات باقى المحافظات :

استهدفت تلك الخطط الوصول بمستوى الخدمة لجميع محافظات الجمهورية عدا القاهرة الكبرى والاسكندرية ، بحيث تغطى كافة احتياجات السكان من مياه الشرب بنسبة ١٠٠٪ فى عام ٢٠٠٠ ، مع :

• الارتفاع بمعدلات استهلاك الفرد الى ٦٠ لترا يوميا فى الريف ، والى ١٠٠ لتر فى اليوم بالمدن الصغيرة و٢٠٠ لتر يوميا فى المدن الكبرى .

• اتاحة المياه طبقا للمعايير الصحية الدولية .

• ضمان استمرارية التغذية فى المناطق المخدومة بالضغط المناســب .

• الوصول بنسبة التوصيلات الخاصة للمساكن الى ٩٠٪ فى المدن ، ١٠ ٪ فى الريف .

كما استهدفت :

• أن تتم أعمال الاصلاح والتجديد الشامل لجميع مرافق المياه بالمحافظات على مدى خطتين خمسيتين ، تبدأ من خطة عام ١٩٨٣/٨٢ .

• تحقيق زيادة فى المياه المنتجة بمايقرب من مليون متر مكعب يوميا فى نهاية الخطة الخمسية (٨٢ /٨٣ – ٨٦ / ١٩٨٧) ، وهو أمر سوف يحقق ارتفاعا يصل بمعدل استهلاك الفرد اليومى فى الريف الى ٥٠ لترا ، وفى المدن الى ١٢٠ لترا يوميا ، فضلا عن تحسين المعايير النوعية للمياه بتوفير معدات التعقيم لجميع مصادرها السطحية ولبعض مصادرها الجوفية .

• سيتم تركيب وحدات نقالى متكاملة لانتاج المياه فى المراحل الأولى

من الخطة الحالية لمقابلة الاحتياجات الملحة فى مناطق نهايات الخطوط التى تشكو من ضعف الضغوط والتصرفات .

ويؤمل أن يتم فى خلال سنوات هذه الخطة :

• تحسين الخدمة للمواطنين بالمناطق التى تشكو حاليا انقطاع المياه وضعف ضغطها ويقدر عدد هؤلاء بحوالى ٤ ملايين مواطن موزعين على محافظات الجمهورية بالحضر والريف .

• وصول المياه الى حوالى مليونى مواطن فى المناطق غير المخدومة حاليا .

• زيادة المعدلات المتاحة لحوالى ٦ ملايين نسمة أخرين

أما بالنسبة لأعمال الصرف الصحى ، فقد استهدفت تلك الخطط .

• الانتهاء من تنفيذ مشروعات ٩ مدن يجرى العمل فيها وسبقت الاشارة اليها ، حتى نهاية الخطة الخمسية الأولى .

• تحويل مشروعات خفض منسوب مياه الرشح فى بعض المدن التى أجريت فيها هذه المشروعات خلال السنوات الماضية ، الى مشروعات للمجارى ، بحيث تتم خلال خطتين خمسيتين ، فى المدن الآتية : ميت غمر - المطرية - دسوق - زفتى - بلقاس - السنبلاوين - المنزلة - بيلا - دكرنس - طلخا - مينا القمح - شربين - فارسكور . نظرا لما تبين من توصيل مياه المجارى المنزلية خلسة الى شبكات خفض مياه الرشح وصرفها الى المصارف العمومية دون تنقية ، الأمر الذى يؤدى الى الاضرار بالصحة العامة ويعمل على انتشار الأوبئة .

• إعداد الدراسات والتصميمات لمشروعات الصرف الصحى لعشر مدن أخرى ، هى : قليوب - شبين القناطر - القناطر الخيرية - الخانكة - طوخ - كفرشكر - كفر سعد - عزبة البرج - أبوالمطامير - الفكرية .

ومن المقدر أن يتم تنفيذ حوالى ٣٠٪ من هذه الأعمال فى خلال الخطة الخمسية الحالية والباقى فى الخطة الخمسية التالية .

• مد خدمة الصرف الصحى الى ٤٠ مدينة يزيد تعداد كل منها على ٤٠ ألف نسمة ، أو لها طبيعة خاصة ، وأن يبدأ العمل فى تنفيذ مشروعاتها ابتداء من عام ٨٦ /١٩٨٧ لتتم فى خلال خطط خمسية متتالية .

• اتمام دراسة انسب الطرق لمد خدمة الصرف الصحى للمدن الصغيرة والقرى ، وفقا لمواقعها الجغرافية وظروفها البيئية فى خلال الخطة الخمسية الأولى ، بحيث يتم الاستقرار على نماذج نمطية وفقا لتصنيفات هذه المدن والقرى ، واختيار قرية أو أكثر كنموذج لتنفيذ هذه المشروعات بها

مشروعات المدن الجديدة :

ان الخروج الى الصحراء وتعمير المناطق المتطرفة بعيدا عن الوادى الضيق المزدحم بالسكان هو الحل المنظور لمواجهة الزيادة المستمرة فى عدد السكان .

• انشاء المدن الجديدة ذات القاعدة الاقتصادية المستقلة بعيدا عن المدن القائمة .

• انشاء المدن التوابع المستقلة أيضا استقلالا يكاد يكون تاما حول المدن الكبرى

• تعمير مناطق متطرفة مثل منطقة البحر الاحمر والساحل الشمالى الغربى وبحيرة السد العالى والواحات وسيناء ، ولاشك أن أولى خطوات تعمير كل تلك المناطق تتمثل فى تنفيذ أعمال المرافق بها ، ولأن هذه المناطق تحظى بقدر كبير من الاهتمام ، فقد تم - أو كاد - الجزء الاكبر من مرافق المرحلة الأولى فى مدينتى : ١٠ رمضان و ١٥ مايو . كما يجرى تنفيذ الآتى :

• التنفيذ الفعلى لمرافق مدن السادات والعامرية الجديدة و ٦ أكتوبر، وغيرها من المناطق المتطرفة .

• إعداد تخطيطات مدن العبور وبدر والأمل .

الاستثمارات:

يقدر اجمالى الاستثمارات اللازمة لتنفيذ مشروعات مياه الشرب حتى عام ١٩٩٠ ، ومشروعات المجارى حتى عام ٢٠٢٠ بحوالى ٩٥٦٠ مليون جنيه (بحسب أسعار عام ١٩٨١) . تم منها ماقيمته حوالى ٦٨٥ مليون جنيه حتى ٣٠/ ٦/ ١٩٨٢ . وقدرت الاستثمارات اللازمة للخطة الخمسية الأولى ٨٢ / ١٩٨٣ - ١٩٨٧/٨٦ بحوالى ٢٥٨٢.٥ مليون جنيه ، على أن تتم باقى الاستثمارات لتغطية كافة الاحتياجات المنظورة

خلال الخطة الخمسية التالية . وقد أتاحت الدولة استثمارات قدرها ٢٩٥٢،٠ مليون جنيه فى الخطة الخمسية الحالية ، بما يقل عن الاستثمارات اللازمة بحوالى ٦٣٠ مليون جنيه

التوصيات

على ضوء الدراسات السابقة ، وما دار حولها من مناقشات يوصى بمايلى .

* توحيد أسس تصميم مشروعات ومحطات مياه الشرب فيما يختص بمعدلات استهلاك الفرد ، قدر الامكان ، ويمراعاة الظروف القائمة والمستقبلة .

* الاتجاه الى الحصول على مياه الشرب من آبار تنشأ فى مجرى النيل مما يوفر تكاليف وأعباء محطات الترسيب والترشيح .

* اضافة مادة الكلور لمياه الشرب ، وخاصة فى المدارس ، والمصانع والجهات التابعة للقوات المسلحة ، رفعا لدرجة صلاحية المياه للشرب .

* ترشيد استهلاك مياه الشرب ، وتقليل الفاقد منها وصولا الى :

. الاستفادة من طاقة المياه المنتجة حاليا بأحسن قدر ممكن .

. تخفيف العبء عن مرفق الصرف الصحى .

ويمكن أن يساعد فى هذا المجال ، تطبيق نظام الشرائح فى المحاسبة على الاستهلاك ، بحيث تتدرج أسعارها فى الزيادة ، كلما ارتفعت شريحة الاستهلاك حفزا للمستهلكين على الحد من استهلاكهم .

* اسناد تشغيل أعمال الصرف الى شركات بدلا من الأجهزة الحكومية .

* النظر فى مشاركة المواطنين فى تكلفة مشروعات المجارى ، وذلك بالنسبة لمبانى ومشروعات الاسكان الجديدة ، بما يسهم فى تدبير العجز فى الاستثمارات المطلوبة للخطة الخمسية (٦٣٠ مليون جنيه) .

* النظر فى تحميل السكان بتكلفة الانتفاع بالمجارى ، وذلك عن طريق فرض رسم يتناسب طرديا مع استهلاك المياه ، ممايسهم فى ترشيد الاستهلاك .

* توعية المواطنين بعدم اساءة استخدام مرفق الصرف الصحى ، بإلقاء المخلفات وغيرها فى البالوعات واستصدار التشريع اللازم بتجريم هذه الأفعال .

* عدم تنفيذ مشروعات لخفض مياه الرشح ، لما تبين من أن صرف المساكن يوصل اليها خلسة .

* دراسة استخدام ناتج الصرف مضافا الى القمامة فى انتاج السماد .

* ضرورة الحصول على موافقة الهيئات الخاصة بالمرافق قبل الترخيص بانشاء أى مبنى .

* انشاء اتحاد للمنتفعين فى العمارات المؤجرة والتى يزيد عدد وحداتها عن خمسة أسوة باتحاد الملاك الذى ينص عليه القانون فى عمارات التمليك ، بهدف العناية والاهتمام بأعمال الصيانة .

* زيادة طاقة التشييد فى قطاع المرفقين – ويمكن الاستعانة بأجهزة التشييد الخارجية ذات الخبرة الواسعة فى هذا المجال – حتى يمكن تنفيذ الخطط الموضوعية فى موعدها .

* الاهتمام بصناعة الأجهزة والأدوات الصحية طبقا لمواصفات قياسية عالمية ، وبأسعار مناسبة تيسر العناية بالأدوات الصحية المنزلية ، وتكفل الاسراع باصلاحها – فى حالة تلفها – وصيانتها ، وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الأجنبى على المساهمة فى هذه الصناعات .

* انشاء شركات لأعمال صيانة خدمات المياه والمجارى .

* الاهتمام بتدريب العمال والفنيين فى أعمال المجارى والمياه عامة ، وأعمال الصيانة على الخصوص ، مع اطلاق الحوافز لكافة العاملين فى هذا القطاع ، لمواجهة عزوف المهندسين والفنيين عن العمل فيه ، وعمل نظام تأمين طبى شامل واجبارى لهم ، على أن تتحمل الدولة حصة اشتراكهم فيه ، ووضع نظام آخر مناسب للتأمين على الحياة .

* الاستعانة بالمهندسين والفنيين فوق الستين وحتى الخامسة والستين للاستفادة بخبرتهم ، ولسد النقص فى هذا المجال .

* تشكيل لجان فنية متفرغة ، تتولى متابعة تنفيذ الخطط ، على ضوء تقارير المكاتب الاستشارية ، مما يضمن حسن التنسيق ، ولمواجهة مايسفر عنه التطبيق بتقديم الحلول البديلة المناسبة .

نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة

يقصد بالمجتمعات العمرانية الجديدة ، كل تجمع بشرى متكامل ، يستهدف خلق مراكز حضارية جديدة ، تحقق الاستقرار الاجتماعى والرخاء الاقتصادى ، بقصد اعادة توزيع السكان ، عن طريق اعداد مناطق جذب مستحدثة ، خارج نطاق المدن والقرى القائمة .

ويمثل موضوع السكان والتنمية المشكلة الاولى فى مصر ، حاليا ومستقبلا . ومن ثم اهتم المجلس فى دراسة سابقة - بتوزيع السكان حتى عام ٢٠٠٠ ، حيث يصل تعداد سكان مصر الى ٦٨ مليونا ، بزيادة قدرها ٢٤ مليونا ، منها ١٤مليونا للحضر وعشرة ملايين للريف ، مما يستدعى ضرورة النظر فى استيعاب تلك الزيادة السكانية ، من خلال تخطيط مدروس ، للمجتمعات القديمة والجديدة ، ويقتضى ذلك توفير مجتمعات عمرانية جديدة : حضرية وريفية ، بكم كبير وفى وقت قصير .

مبادىء واعتبارات عامة :

وفى هذا الاتجاه ينبغى الاشارة الى مجموعة من الحقائق والاعتبارات ، فى مقدمتها :

• ان تجربة انشاء مجتمعات جديدة تعتبر حديثة بالنسبة لنا ، وأيضا بالنسبة للعالم ، اذ أن انشاء هذه المجتمعات بهذه الكثرة ، وفى وقت محدودنسبيا ، يعتبر ظاهرة جديدة فى تاريخ مصر والعالم ككل .

• ان انشاء المجتمعات الجديدة : حضرية أو ريفية ، وتطوير المجتمعات القديمة يمثل المكون الأساسى فى مشكلة التنمية والسكان ، ومن ثم ينبغى الا تغفل نظرتنا الى المجتمعات العمرانية الجديدة والقديمة ، الخطة القومية للتنمية الشاملة .

• ان النظرة الى المجتمعات الحضرية دون المجتمعات الريفية ، أو العكس ، لايؤدى الى الحلول الصحيحة وذلك للتفاعل العضوى المستمر بين الريف والحضر ، والتأثير الدائم لكل منها على الآخر . ولايوجد فى الحقيقة حد فاصل بينهما ، اذ يلتقيان فيما يمكن أن يسمى " المدن الزراعية الصناعية " وهى مدن تجميع بين سمات الحضر والريف فى وقت واحد .

. ان تقييم مامررنا به من تجارب يساعد على توضيح الرؤية وتعديل المسار ، كلما دعت الضرورة الى ذلك ، لنفيد من الايجابيات ، ونتجنب السلبيات فى خططنا المقبلة .

الحيز العمرانى الحالى :

وصل تعداد مصر فى الوقت الحاضر الى مايزيد عن ٤٦ مليون نسمة ، متمركزين فى الدلتا وفى الصعيد ، فى ظروف عمرانية تزداد صعوبة بمضى الوقت ، والمشكلة التى تواجهها مصر حاليا ولسنوات طويلة قادمة ، هى فقدان الاتزان بين عدد السكان وبين الوعاء المكانى الحالى الذى يعيشون فيه . ففضلا عن ضيق هذا المكان ، فان كفاءاته التنموية الحالية لاتكفى لتوفير حياة ذات مستوى مقبول للأعداد الكبيرة المتزايدة من السكان .

وهناك عدم اتزان على مستوى أشمل ، يتمثل فى الحيز العمرانى الحالى ، والذى تبلغ مساحته حوالى ٤٠ ألف كم٢ ، يمثل ٤٪ فقط من مساحة الحيز الوطنى الكلى ، والتى تبلغ حوالى مليون كم ٢ . ويتمثل حل هذه المشكلة فى تحقيق التعادل بين الانسان والمكان ، من خلال تخطيط شامل للتوزيع المكانى والوظيفى للسكان ، والأنشطة الانتاجية

والخدمية على مستوى الدولة ، كوحدة عضوية نامية .

* وفى هذا المجال تبدو أربع ظواهر رئيسية ملفتة للنظر وهى :

الظاهرة الأولى : هى زيادة عدد السكان زيادة كبيرة فى وعاء مكانى يكاد يكون ثابتا لم يتغير ، فلم تزد مساحة الأرض الزراعية فى مصر من عام ١٩١٧ الى عام ١٩٦٦ ، الا بنسبة ٣,٤٪ ، بينما قاربت نسبة الزيادة فى عدد السكان فى هذه الفترة ٧٦٪ وقد أدت هذه الزيادة الى استهلاك الحيز الانتاجى فى الامتدادات العمرانية الحضرية والريفية .

الظاهرة الثانية : هى اقتصار الهجرة الداخلية على اقليمى القاهرة والاسكندرية ، ورغم المحاولات التى بذلت للحد من الهجرة الى هذين الاقليمين الا أنهما بقيا قطبا الجذب للهجرة الداخلية واستمرا فى استقطاب أكثر من ٧٣ ٪ من حجم الهجرة الداخلية ، وذلك ناتج عن التركيز الادارى والخدمى والانتاجى فيهما .

الظاهرة الثالثة : هى الاختفاء التدريجى للحد الفاصل بين سمات الحياة الحضرية والحياة الريفية . فقد اكتسبت المراكز الحضرية التقليدية بعض الملامح الريفية ، كما ظهرت بعض الخصائص الحضرية على وجه الحياة الريفية . وقد أدى ذلك الى تغير جذرى فى أنماط العلاقات الاجتماعية والخصائص السكانية التى سادت مصر قرونا طويلة ومازال هذا التغيير يجرى الى غير مستقر .

الظاهرة الرابعة : هى اختلال التوزيع السكانى على مسطح المعمور المصرى الحالى وتظهر آثاره بوضوح فى عدم تكامل الأنشطة الاقتصادية والعمرانية والاجتماعية وعدم توازنها فى اطار أقاليم واضحة المعالم . وقد نتج ذلك بسبب تركيز الاهتمام ، فى السنين الثلاثين الماضية ، على المدن الكبرى ، دون تنمية المدن المتوسطة ، وعدم الاهتمام بتحسين نوعية الحياة فى الريف .

* وهناك عدد من الحقائق الهامة المتعلقة بالسكان تجدر الاشارة اليها وفى مقدمتها :

أولا : بلغ عدد سكان مصر ٣٦,٥ مليون حسب تعداد ١٩٧٦ ، منها ٤٤٪ يسكنون فى الحضر والباقى فى الريف ، وقد بلغ سكان منطقتى القاهرة والاسكندرية ٢٥٪ من مجموع السكان .

اما العدد الكلى المتوقع لسكان مصر عام ٢٠٠٠ ، فيتراوح بين ٦٥، ٧٠مليونا .

ثانيا : ان عدد السكان المقيمين يتوقف على معدل الهجرة الى الدول الأخرى ، ومن الصعب التنبؤ بمعدل الهجرة فى المستقبل بسبب عوامل الطرد والجذب التى تتدخل فى تحديد هذا المعدل . الا أن هناك مؤشرات تدل على أن معدل الطلب على العمالة المصرية فى دول الشرق الأوسط لن يزيد عن معدلات السنوات السابقة ، ان لم يقل .

ثالثا : تدل التقديرات على أن عدد سكان الحضر سنة ٢٠٠٠ سيكون ٣٤مليون ، يمثلون حوالى ٥٠٪ من مجموع السكان ، بزيادة قدرها ١٤مليون عن المعدل الحالى لسكان الحضر .

كما سيبلغ سكان الريف عام ٢٠٠٠ حوالى ٣٤مليون نسمة ، بزيادة قدرها ١٠ملايين عن العدد الحالى لسكان الريف .

ويتضح مما سبق أن الزيادة فى عدد السكان المطلوب اعاشتهم حتى عام ٢٠٠٠ ستبلغ ٢٤ مليونا ، داخل الحيز الحالى ، وعلى محاور تنمية جديدة خارج الوادى والدلتا .

حول تقييم ماتم وما يجرى انجازه من مجتمعات ومدن جديدة

بدأ التفكير فى انشاء مجتمعات جديدة عام ١٩٦٨، عندما وضعت لجنة تخطيط القاهرة الكبرى خطة اقليمية لامتداد القاهرة فى المستقبل باقامة أربع مدن جديدة تابعة ، وكان من المقرر أن تستوعب كل من هذه المدن الجديدة ، ٢٥٠ ألف نسمة عام ١٩٩٠ .

وفى نهاية عام ١٩٧٣ أصبحت الدعوة الى انشاء مجتمعات جديدة فوق الأرض الصحراوية مطلبا قوميا وسياسيا . وفى عام ١٩٧٥ بدأ التخطيط لمدينتى العاشر من رمضان والسادات ، لكى تستوعب كل منهما ٥٠٠ ألف نسمة حتى عام ٢٠٠٠ .

كما بدأ التخطيط لمدينة العامرية الجديدة فى عام ١٩٧٧ ، لكى يكون لها نفس الحجم . وفى ذلك الوقت يجرى التخطيط لمدينة ١٥ مايو ليبلغ حجمها السكانى ١٥٠ ألف نسمة ، وهى تعد مدينة سكنية لعمال المنطقة الصناعية بحلوان .

ثم تقرر فى أوائل ١٩٧٩ ان يتم تخطيط عدد من المدن الجديدة من منطقة القاهرة الكبرى هى : مدن السادس من أكتوبر والعبور والأمل .

وفى نوفمبر ١٩٧٩ ، تأسست هيئة المجتمعات الجديدة بموجب القانون ٥٩ لعام ١٩٧٩ ، لتكون مسئولة عن اقامة وادارة المجتمعات الجديدة .

وعلى الرغم من أن قدرا كبيرا من الانشاء السكنى والبنية الأساسية قد تم فى مدن ١٥ مايو و١٠ رمضان والسادات والعامرية الجديدة ، الا أننا مازلنا فى المراحل الأولى على طريق انشاء مجتمعات عمرانية جديدة .

وقد يكون من الملائم تقييم ماتم حتى الآن ، لكى يكون الاقبال على المراحل التالية بأكثر قدر من الاطمئنان لسلامة الطـريق فى هذا المجال .

بالنسبة للموقع :

يمكن تقسيم مابدىء فيه من المجتمعات الجديدة الى قسمين رئيسيين:

القسم الأول : ويشمل المدن المستقلة القائمة بذاتها وهى : العاشر من رمضان ، والسادات ، والعامرية الجديدة .

والقسم الثانى : ويشمل المدن الداخلة فى نطاق اقليم القاهرة الكبرى وهى :

– مدن مستقلة ذات قاعدة اقتصادية وهى : ٦ أكتوبر ، والعبور .

– مدن تابعة مثل : ١٥ مايو ، والسلام ، والامل ، وبدر .

وتقع هذه المدن على طول محاور التنمية لاقليم القاهرة الكبرى ، كما انها قريبة بالقدر الكافى من القاهرة ، بحيث يتاح لها جذب الصناعات والسكان .

• فمدينة ١٥ مايو تتمتع بامكانات جذب العمال العاملين فى صناعات حلوان .

• وتقع مدنية ٦ أكتوبر فى منطقة ذات احتمالات كبيرة للنمو ، وتتمتع بامكانات جذب سواء بالنسبة للانشطة الصناعية أوالسياحية .

• وتقع مدينة العبور بالقرب من طريق القاهرة – الاسماعيلية بجوار طريق بلبيس الصحراوى وبالقرب ايضا من المواقع الصناعية بالخانكة ولذا فانه سيكون لهـا جاذبية كبيرة للتنميـة الصناعية والسكنية .

• اما بالنسبة لمدينتى الامل وبدر الموجودتين فى المسطح الصحراوى الشرقى ، فقد تكونان حاليا أقل جذبا للسكان والصناعات ، الا أنهما على المدى الطويل ستكتسبان هذه الجاذبية . وستأتى هاتان المدينتان كمرحلة ثانية من مراحل انشاء المدن داخل اقليم القاهرة .

• وتقع مدينة العاشر من رمضان على شريان رئيسى يمتد بين القاهرة ومنطقة القناة ، وتبعد عن وسط القاهرة بحوالى ٥٨ كيلومترا ، ويمكن قطع المسافة بينها وبين مصر الجديدة فى ٣٠ دقيقة .

• وتقع مدينة السادات على شريان رئيسى يمتد بين القاهرة والاسكندرية وتبعد عن وسط القاهرة بحوالى ٩٥ كيلومترا ، ويمكن قطع المسافة بينها وبين منطقة الهرم فى حوالى ثلاثة أرباع الساعة.

. أما مدنية العامرية الجديدة فلا تبعد الا بنحو ٤٠ كيلومترا عن الاسكندرية ولذا يمكن القول : ان اختيار مواقع هذه المدن المستقلة على شرايين رئيسية ، وعلى مسافات ليست كبيرة من المراكز الحضرية الحالية ، هو اختيار مناسب . ولاشك أن بعدها النسبى يجعلها أقل جذبا فى المستقبل القريب ، للسكان والصناعات من المدن داخل الاقاليم الحضرية الكبرى مثل القاهرة ، ولكن على المدى الطويل وعند استكمال مقوماتها الاساسية ، سوف تحقق الأهداف الاصلية التى أنشئت من أجلها . وقد تحتاج هذه المدن المستقلة الى عناصر جذب اضافية تساعد

على نجاحها مثل : اقامة جامعة فيهاأو انشاء مراكز حكومية أو تجارية رئيسية

بالنسبة للحجم :

تبلغ الطاقة الاستيعابية القصوى المستهدفة بالمخططات العامة للمدن الجديدة – العاشر من رمضان والسادات والعامرية الجديدة و ٦ أكتوبر و ١٥ مايو والعبور والامل وبدر – نحو ٢,٧٥,٠٠٠٠ نسمة فى عام ٢٠٠٠ وأحجامها المستهدفة وهى كالآتى :

العاشر من رمضان	٥٠٠٠٠٠
السادات	٥٠٠٠٠٠
العامرية الجديدة	٥٠٠٠٠٠
٦أكتوبر	٣٥٠٠٠٠
١٥مايو	١٥٠٠٠٠
العبور	٢٥٠٠٠٠
الأمل	٢٥٠٠٠٠
بدر	٢٥٠٠٠٠

وهذا عدا المجتمعات العمرانية الجديدة مثل : مدينة الصفا بجوار أسيوط ، وفى الضفة الشرقية من النيل فى بنى سويف وسوهاج وأسوان ، وكذلك مدينة دمياط الجديدة . وتجدر الاشارة الى أن انشاء ميناء دمياط ، الذى يجرى تنفيذه الآن ، سيؤدى الى تزايد أهمية المحور الاوسط الذى يمتد من القاهرة الى دمياط مخترقا الدلتا ، مما يعمل على تنمية المدن والاقاليم التى يمر بها .

وتشير بعض الدراسات الى أن توقعات معدلات النمو السنوى ستكون فى حدود ١٠٪ . وتستند هذه الدراسة على الاتجاهات الحضرية التاريخية فى المدن المصرية التى مرت بفترات نمو سريعة شبيهة بالمجتمعات الجديدة مثل : شبرا الخيمة والجيزة وكفر الدوار وأسوان . ولكن من خلال بذل جهود أكبر فى مجال الاستثمار والتسويق ، يمكن الوصول الى معدلات نمو كبيرة تقترب بأحجام هذه المدن من الأحجام المستهدفة .

بالنسبة للتكاليف :

تشمل تكاليف انشاء المدن الجديدة مايلى :

– تكاليف المرافق الداخلية من طرق ومياه وانارة وتكاليف تسوية الأرض وغير ذلك .

– تكاليف المرافق الخارجية أى من المواقع العمرانية المجاورة الى الموقع الذى به المدينة .

– الخدمات الاجتماعية والثقافية والصحية والامنية ويدخل فى هذا المضمون المستشفيات والمدارس ونقط الامن والاتصالات ، وغيرها .

– الأنشطة السكانية والخدمات المعيشية المرتبطة بها من محلات تجارية وأماكن ترفيهية .

– أنشطة اقتصادية سواء مصانع أومخازن .

وتقدر التكاليف اللازمة لمدن السادات والعاشر من رمضان و١٥ مايو ٦ أكتوبر ، بنحو ٥٠٠٠ مليون جنيه مصرى تقريبا ، ويمثل هذا الرقم نسبة تتراوح بين ٢٢ ٪ ، ٣٠ ٪ من اجمالى الاستثمار الرأسمالى اللازم للبنية الاساسية فى داخل حضر الجمهورية عموما . كما أنه نظرا للفترة الطويلة المطلوبة لتنفيذ البنية الأساسية ، فمن المحتمل تواجد كمية كبيرة من الأصول المجمدة التى لاتحقق عائدا استثماريا فى المراحل الأولى لتنفيذ المدن .

وقد أوضحت التقارير الخاصة بالمجتمعات الجديدة فى مدن : ١٥ مايو ، والسادات ، والعاشر من رمضان ، أن نصيب الفرد من تكلفة الاستثمارات بالجنيه المصرى كالآتى :

	اسكان	بنية اساسية	خدمات	المجموع
العاشر من رمضان	٢٠٠٠	٨٠٠	٧٥٠	٣٥٥٠
مدينة السادات	٢٠٠٠	٨٠٠	٦٠٠	٣٤٠٠
١٥مايو	١٦٠٠	٦٠٠	٨٠٠	٣٠٠٠

ملحوظات عامة :

ومن خلال نظرة موضوعية على الأوضاع الراهنة بالنسبة لهذه المدن ، يمكن عرض الملحوظات الآتية :

. أن سياسات البيع بالنسبة للأراضى والبنية الأساسية والاسكان ، تنطوى على عنصر دعم كبير ، سواء أكان ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة .

. أن أقل المستويات فى مجال استرداد التكاليف توجد فى مدينة العاشر من رمضان فنظرا لأن كافة أراضى الاسكان - بالاضافة الى جميع أراضى المشروعات الصناعية فى المرحلة الأولى - قد تم بيعها بأسعار مخفضة فان الدعم الحكومى لهذه الأراضى يزيد بقدر ملحوظ عن مثيله فى المدن الأخرى . هذا ويبلغ نصيب الفرد فى هذه المدينة فى البنية الأساسية ٨٠٠ جنيه وفى الخدمات الأخرى ٧٥٠ جنيها فى المرحلة الأولى ، الا أن المتوقع أن يبلغ العائد الاجمالى من مبيعات الأرض بالنسبة للفرد ٣٥ جنيها ، ويترتب على ذلك أن نسبة مايسترد من رأس المال المستثمر فى البنية الاساسية والخدمات الاخرى ضئيل الى حد ما .

. أن الأراضى الفضاء ومناطق الخدمات الاجتماعية ، تفوق مساحات المناطق المخصصة للاستخدامات السكنية ، وبالتالى فنسبة الاراضى المخصصة للاستخدامات السكنية تعد منخفضة بالمقاييس التخطيطية الشائعة ، وهى تصل الى ٢٣٪ من مساحة الاراضى المخصصة لاستخدامات غير صناعية فى مدينة السادات ، و٣٠٪ فى مدنية العامرية الجديدة ، و ٤٦٪ فى مدينة العاشر من رمضان ، و٣٠٪ فى مدينة ٦أكتوبر . أما بالمقاييس التخطيطية ، فينبغى أن تبلغ نسبة الأراضى المخصصة للاستخدامات السكنيه حوالى ٥٠ ٪ من اجمالى مساحة الأراضى المخصصة للاستخدامات غير الصناعية .

. أن الحكومة تقوم حاليا بدعم كبير فى عملية انشاء المساكن بالمدن الجديدة ، اذا يتم تمويل بعض عمليات الانشاء بواسطة قروض حكومية على ٣٠ سنة ، بفائدة ٤٪ ، وقد ادى ذلك الى ضخامة حجم الدعم ، وضخامة حجم الاستثمار الحكومى المخصص للاسكان

التوسع السكانى والعمرانى فى الاراضى المستصلحة والجارى استصلاحها

أولت الدولة ، بعد ثورة ٢٣ يوليو ، عناية فائقة لمشروعات استصلاح الأراضى واستزراعها وتكوين مجتمعات جديدة عليها ، لتنمية الثروة والانتاج والدخل ، وايجاد مراكز لجذب السكان ، بهدف اعادة توزيعهم ومواجهة ضغطهم على الموارد المعيشية المحدودة .

ويمكن تلخيص أوضاع الأراضى الجديدة ، حسب درجة استصلاحها على النحو الآتى :

١٠٢٥٢٨١ فدان تم استصلاحها .

٦٣٦٧٠٠ فدان يجرى استصلاحها فى الخطة الخمسية الحالية .

٢٠٥٨١١٩ فدان مقرراستصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ .

٣,٧٣٠,١٠٠ فدان جملة الأراضى التى استصلحت والجارى والمقرر استصلاحها .

- ويتلخص النظام الذى اتبع للتخطيط العمرانى بالأراضى التى استصلحت والجارى والمقرر استصلاحها فيمايلى :

. تقسيم الأراضى المستصلحة الى قطاعات ، مساحة كل منها نحو ٥٠٠٠٠ فدان ، ثم تقسيم كل منها الى مناطق ، مساحة كل منها نحو ١٠٠٠٠ فدان ، وتقسيم كل منطقة الى خمسة مزارع ، مساحة كل منها نحو ٢٠٠٠ فدان .

. وينشأ لكل مزرعة مساحتها ٢٠٠٠ فدان قرية فرعية ، تحتوى على مبنى للخدمات يتكون من : جمعية استهلاكية - ومركز اسعاف - ومصلى - ومجموعة دكاكين .

. وينشأ لكل خمسة مزارع مساحتها ١٠٠٠٠ فدان ، قرية خدمة تحتوى على مبنى مجتمع - مدرسة تعليم اساسى - مصلى - سوق تجارى - وحدة علاجية - محطة انتاج حيوانى .

. وينشأ لكل مزارع القطاع قرية مركزية ، تحتوى على : بناء لمجلس محلى القرية - بنك القرية - نقطة شرطة مركزية - مطافىء - مدرسة - تعليم اساسى - مدرسة تعليم ثانوى وفنى - وحدة اجتماعية ريفية - مستشفى ٢٠ سريرا - مقر تنمية المجتمع والجمعية الزراعية - سوق تجارى - دار ضيافة ومناسبات - جامع مركزى - جراج - محطة خدمة آلية - محطة وقود وتشحيم - منطقة صناعية - محطة انتاج حيوانى - مكتب بريد وتليفون وتلغراف - استراحة ونادٍ ريفى .

وقد بلغ عدد القرى التى انشئت فى ظل هذا النظام ٥٧٤ قرية ، فى الأراضى التى استصلحت ، وينظر أن يصل عددها الى ٢٠٠٠ قرية ، فى الأراضى الجارى والمقرر استصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ .

ويلخص الجدول المبين بالصفحة التالية الوضع السكانى بالنسبة للأراضى التى استصلحت حسب نظام التصرف فى هذه الأراضى .

* ويلاحظ ، بصفة عامة ، أن طاقة الاستيعاب البشرى للأراضى الجديدة سواء المستصلح منها أو الجارى والمقرر استصلاحها ، وتصل الى أقل من فرد واحد للفدان .

وقد يعزى نقص الاستيعاب اساسا الى :

. الحاجة الى خطط تعد على نطاق أوسع جغرافيا ، وأطول زمنيا ، للاستثمار الأمثل للاراضى الجديدة أخذه فى الاعتبار تكامل الأنشطة الزراعية والصناعية والتجارية والخدمية ، فى نطاق الأراضى الجديدة وخارجها .

. الحاجة الى تخطيط التوسع السكانى والعمرانى على أساس الخطط السابقة .

نحو تصور مبدئى للتوسع فى الأراضى الجديدة المستصلحة

تتلخص فيما يلى الخطوط الرئيسية للنظام المقترح لرفع طاقة الاستيعاب البشرى للأراضى الجديدة الى أقصى حد ممكن ، لتؤدى دورا فعالا فى مواجهة الزيادة السكانية المرتفعة :

- تقسيم الأراضى الجديدة الى مناطق اقليمية تضم كل منها عددا من القطاعات المتجاورة لتكوين مساحات كبيرة مجمعة .
- إعداد خطط الاستثمار الأمثل لكل منطقة اقليمية ، على ضوء دراسة الدورات الزراعية ، وما يمكن اقامته عليها من صناعات زراعية ، بالاضافة الى مايمكن اقامته من مشروعات تجارية وسياحية وخدمية ، على ضوء دراسة كافة الموارد الطبيعية والبيئية ، بكل منطقة اقليمية .
- تحديد إمكانات وأماكن التوسع فى الاستيعاب البشرى ، على ضوء هذه الخطط .
- إعداد خريطة سكانية لكل اقليم ، على أساس طاقة الاستيعاب البشرى القصوى .
- تخطيط الهيكل العمرانى الرئيسى لكل منطقة اقليمية ، متضمنا : أنواع المستوطنات الريفية والحضرية ، وهياكل البنية الرئيسية ، وشبكة الخدمات .
- وضع السياسات والنظم اللازمة ليتم فى اطارها تنفيذ هذه الخطط ، ويتضمن ذلك : إعداد النظم الادارية ، ونظم التصرف فى الأراضى ، ونظم جذب المستثمرين ، وتمويل المشروعات ، وتوفير القوى العاملة ، ونظم التعليم والتدريب .
- تنسيق الخطط والسياسات الخاصة بالمناطق الاقليمية للأراضى الجديدة ، فى اطار خطة وسياسة عامة لها ، تنسق بدورها مع مثيلاتها للأراضى القديمة .

ويتطلب إعداد هذا النظام المقترح اجراء دراسات اقتصادية واجتماعية وديموجرافية وعمرانية عديدة ، وتبنى عليها خطط الاستثمار

الوضع السكانى
فى الأراضى المستصلحة

المساحة		نظام التصرف	نوع المجمعات	عدد السكان
جزئية	مجمعة			
فدان	فدان			
٣٥٦٥٠٠		توزيع على صغار الزراع ومن فى حكمهم(١)		
٣٠٨٠٠		توزيع على خريجى الكليات والمعاهد		
٥٤٧٥٠		حجم الانتاجية الحدية والتكنولوجية		
			مجتمعات	٤٦٠٠٠٠(٢)
	٤٤٢٠٥٠	اجمالى القطاع الخاص	مزارعين	
٧٧٥٠٠		سلمت لجهات حكومية		
٣٨٣٢٣٠		سلمت لشركات مصرية	قطاع عام	
	٤٦٠٧٣٠	اجمالى القطاع العام والحكومى	مجتمعات	٢٤٠٠٠٠ (٣)
٩٥٦٠٠		منافع ومرافق عامة وبوار تحت	عمال وعاملين	
٣٦٩٠٠		التصرف		
١٠٣٥٢٨٠				٧٠٠٠٠٠

١) تشمل : أسر المقاتلين الذين استشهدوا أو اصيبوا فى الحرب .
أسر الذين نزعت ملكيتهم للمشروعات العامة كأهالى النوبة .
أسر الصيادين فى البحيرات التى جففت أجزاء منها .

٢) تدر عدد السكان على أساس أن الاراضى التى توزع على صغار الزراع توزع بواقع خمسة أفدنة للأسرة (ومتوسطها خمسة أفراد أى أن حمولة الفدان فرد واحد) والباقين يمثلون عدد العاملين بهذه المناطق ، (وأسرهم) القائمين بالاشراف وتقديم الخدمات للمزارعين .

٣) تدر عدد السكان على أساس أن حمولة الفدانين من الأراضى التى تزرع بمعرفة الشركات فرد واحد تقريبا .

الأمثل ومايتلوها من خطوات .

* وكتصور مبدئى أيضا لما يمكن اتخاذه من اجراءات فى هذا المجال . لرفع طاقة الاستيعاب البشرى بالأراضى الجديدة ، يمكن تقسيمها الى المناطق الاقليمية السبعة التالية :

- منطقة غرب الدلتا
- منطقة شرق الدلتا .
- منطقة شبه جزيرة سيناء .
- منطقة وسط الدلتا
- منطقة مصر الوسطى والعليا .
- منطقة الساحل الشمالى الغربى .
- منطقة الوادى الجديد وجنوب الوادى .

ويتم تقسيم كل اقليم الى مساحات مجمعة من الأراضى ، تتفق فى طبيعة التربة والمناخ ، حيث يمكن تطبيق دورات زراعية مناسبة ، يراعى فيها أن تشتمل على المحاصيل الآتية :

- محاصيل تغذية .
- محاصيل يمكن اقامة صناعات زراعية عليها .
- محاصيل للتصدير .
- محاصيل للانتاج الحيوانى .
- محاصيل الاستهلاك المحلى .

التوصيات

وعند عرض هذه الدراسة على المجلس ، رؤى بصفة مبدئية ، التأكيد على الاعتبارات الاساسية فى هذا المجال ، وفى مقدمتها :

• ان أى مركز للنمو ، أو مدينة جديدة يجب أن تتيح فرص العمل كشرط مسبق النمو الذاتى الى جانب بعض العناصر الجاذبة التى تشجع الأفراد على ترك مواطن اقامتهم الحالية .

• أن توفير بنية أساسية ملائمة أمر مطلوب وحيوى ، حتى يكون بالامكان جذب الصناعة الى الموقع الجديد ، كتوفير شبكات ملائمة للامداد بالمياه وللاتصالات السلكية واللاسلكية ، بالاضافة الى حجم كاف من الطاقة وشبكات نقل جيدة .

أن قيام صناعة مافى مدينة جديدة ، لايتم الا اذا توافرت لهذه المدينة سهولة الاتصال بمواقع مستلزمات هذه الصناعة . فالنشاط الصناعى بطبيعته يتطلب القرب من مصادر العمل والأسواق والمؤسسات المتكاملة الأخرى .

وقد أظهرت مناقشات المجلس حول هذا الموضوع مجموعة من الآراء والاتجاهات تتلخص فيما يلى :

- أن المشكلة الرئيسية لاتتمثل بالدرجة الاولى فى الزيادة السكانية ، إذ أن مساحة مصر تستطيع استيعاب حجم الزيادة المقدر حتى عام ٢٠٠٠ ، ولكنها تتراكز فى قضية توزيع هذه الزيادة على مناطق ومجتمعات جديدة خارج الدلتا وليس داخلها .

- ان توزيع الزيادة السكانية - حتى عام ٢٠٠٠ - سواء على المجتمعات القديمة أو الجديدة ، يحتاج الى تخطيط استراتيجى دقيق ، لتقدير ما يمكن أن يستوعبه كل منها من تلك الزيادة ، خاصة بالنسبة للمجتمع الريفى ، اذ أن القرى الحالية متخمة فعلا بالسكان ، الذين يتجه فائضهم الى الهجرة سواء الهجرة الى المدن الكبرى أو هجرة قوى عاملة الى البلاد العربية .

- أن نجاح أى تخطيط عمرانى ، يستلزم التوافق بين التخطيط والتنفيذ والوصول الى حلول عملية لتضييق الفجوة بين مايراه المخططون وما يجريه التنفيذيون .

- أن المجتمع العمرانى فى المدن الجديدة لايمكن أن يخضع لشكل نمطى محدد ، سواء بالنسبة لتحديد حيزه أو مساحة أرضه الزراعية أو قراها ومشتملاتها ، أو مدنه الزراعية الصناعية . فان هذا التحديد يتعذر تطبيقه على خريطة الواقع فى مصر .

- ان بعض الامتدادات العمرانية التى تمت أو الجارى انشاؤها ليست فى حقيقة أمرها مدنا جديدة ، ولايمثل مجتمعها مجتمع المدينة بالمفهوم العلمى . ولكنها أنشئت للتنفيس عن مشكلة الاسكان فى مدينة القاهرة ، مثل مدينة نصر ومدينة السلام و١٥مايو . وأن المدن التى تدخل فى نطاق اقليم القاهرة الكبرى ليست مدنا جديدة مستقلة ، ولكنها فى حقيقتها مدن توابع مثل مدن : ٦ أكتوبر والأمل ، والعبور .

- أما المدن الجديدة التى يمكن أن ينطبق عليها هذا التعريف فهى : العاشر من رمضان ، والسادات ، والعامرية الجديدة .

وعلى ضوء ماسبق جميعه ، يوصى بمايأتى :

بالنسبة لترشيد السياسات الحالية للمجتمعات الجديدة :

* أن تتم مشروعات المدن الجديدة على مراحل ، تستوعب كل منها من ٢٥ الى ٥٠ ألف شخص مبدئيا - حسب حجم المدينة ، وذلك حتى الوصول الى الحجم المستهدف .

* ان يكون توزيع الأراضى فى المدينة الجديدة على الاستعمالات المختلفة على النحو الذى يتحقق معه أكبر عائد ممكن . حيث ترتبط كفاءة التخطيط العمرانى للمدينة بمدى القدرة على تحقيق هذا الهدف .

* أن تكون نسبة الأرض المباعة أعلى مايمكن ، وذلك لرفع قدرة المجتمعات الجديدة على القيام بتمويل ذاتى من حصيلة مبيعات الأراضى ، باعتباره عاملا حيويا فى نجاحها .

* توفر مستوى مناسب من الخدمات التعليمية بالاضافة الى نظم كاملة للرعاية الصحية . مع خفض تكاليف هذه الخدمات عن طريق : زيادة الكثافات ، وخفض المعايير ، ليتساوى متوسط التكلفة فى هذه المناطق مع نظيره على المستوى القومى .

* ان يقوم القطاع العام بدور الريادة فى تنمية المدن والمجتمعات الجديدة . على أن تستخدم الدولة شركات القطاع العام لتكوين قاعدة صناعية لهذه المدن .

* تركيز الجهود لجذب الصناعات الصغيرة والتى من شأنها توفير عمالة أساسية فى المدن الجديدة .

* ضرورة الاهتمام بجذب الصناعات الكبيرة الى المدن الجديدة . ويمكن دفع المستثمرين الى هذا الاتجاه ، من خلال عدم منح تراخيص صناعية لهم فى مواقع أخرى . وأن يكون ذلك فى اطار القانون رقم ٥٩ لسنة ١٩٧٩ ، الخاص بانشاء المجتمعات العمرانية الجديدة . مع وضع برنامج يتفق عليه لتنفيذ المشروعات الصناعية ، فاذا لم يتم اتباع هذا البرنامج من من جانب المستثمر ، واذا لم يقم بتصحيح مايقع من مخالفات فى وقت مناسب ، يكون للجهة المختصة حق استرداد الأرض والغاء عقد الايجار وذلك لتلافى حدوث المضاربات ، ولضمان قيام الصناعات المرغوبة .

• وفى هذا الاتجاه ينبغى توافر قاعدة كافية من البنية الاساسية ، واجراءات ادارية ميسرة ، بالاضافة الى توافر مصادر كافية للمواد الخام الضرورية والعمالة الماهرة .

بالنسبة للتوسع العمرانى فى الاراضـــى الجديدة المستصلحة :

* وضع برامج تنفيذية يتم فى اطارها تنفيذ الخطط المرسومة ، تتضمن :

• البت بحسم فى نظم التصرف فى الاراضى مع ضرورة استقرار هذه النظم .

• توفير العمالة والقوى العاملة المدربة ، وخاصة على الميكنة الزراعية . وسائل جذب المستثمرين ، وطرق تمويل المشروعات الكبيرة التى يمكن ان تتم فى هذه الاراضى .

* تقسيم الاراضى الجديدة - المستصلحة والجارى والمقرر استصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ ، الى سبعة مناطق اقليميه كبيرة ، تضم كل منها عددا من القطاعات المتجاورة ، لتكوين مساحات كبيرة مجمعة .

* اعطاء أولوية لإعداد وانشاء المستوطنات الزراعية الصناعية الجديدة فى الاراضى التى تم استصلاحها والتى تبلغ مساحتها نحو مليون فدان بها ٦٠٠ قرية ، وبذلك يمكن التخطيط لانشاء نحو ٣٠ مستوطنة جديدة وتحديد مواقع المستوطنات الزراعية الصناعية بالاراضى الجديدة والمقرراستصلاحها حتى عام ٢٠٠٠.

* ان تقتصر مسئولية الدولة بالنسبة للمستوطنات الزراعية والصناعية على اقامة منشآت البنية الاساسية فى اطار التخطيط العمرانى العام ، مع وضع نماذج للمبانى السكنية والصناعية .

* دعوة المستثمرين والشركات والجمعيات التعاونية الى انشاء الصناعات والمشروعات الاستثمارية بها على أن يقترن بذلك تعديل النظم الحالية للاقتراض لاستصلاح ومشروعات الامن الغذائى وتسديدها على فترات طويلة مع اعطاء فترة سماح مناسبة .

* التوسع فى توزيع الاراضىالمستصلحة والجارى والمقرر استصلاحها على صغار المزارعين وشباب الخريجين من الجامعات .

* رسم سياسة سكانية سليمة للحد من النمو السكانى المتزايد والذى بلغت نسبته ٢.٨ ٪ عام ١٩٨٣ ، على أن تنفذ هذه السياسة فى مناطق الاراضى الجديدة الى جانب مناطق الاراضى القديمة ، ويتضمن ذلك تطوير النظم الحالية لتنظيم الاسرة والارتفاع بمستوى فعاليتها لمواجهة المشكلة ، ودعم القطاع الاهلى لمساندة جهود الدولة فى هذه الناحية مع تشجيع نظام الأسرة الصغيرة وتخصيص الحوافز المناسبة لها .

* النظر فى تشكيل جهاز مشترك يضم مندوبين عن جميع الوزارات والهيئات المعنية بالتخطيط للاراضى المستصلحة يتولى تنظيم إعداد الدراسات والسياسات والنظم المطلوبة وتنسيقها فى اطار خطة وسياسة عامة للاراضى القديمة . وذلك بالتعاون والتنسيق مع هيئة المجتمعات العمرانية الجديدة .

بالنسبة لاتجاهات المستقبل :

يستدعى الامر ضرورة استكمال هذه الدراسة ، وذلك على النحو الآتى :

* مراعاة الاستفادة من التوصيات السابقة ، وخاصة بشأن تصحيح المسار بالنسبة لما تم انجازه ، وماهو بسبيله الى الانجاز .

* أن يتم انشاء المجتمعات العمرانية الجديدة ، حسب استراتيجية شاملة للتنمية ، وفى اطار خطة عامة واضحة المعالم للتخطيط الحضرى والريفى .

وللوصول الى هذا الهدف ينبغى العمل على تحقيق ما يأتى :

– وضع خريطة سكانية على كامل المسطح الجغرافى المصرى ، ويستلزم هذا تحديد امكاناته الطبيعية الكامنة ، شاملة مصادر المياه ومصادر الطاقة ، والأراضى الزراعية والقابلة للاستزراع ، والموارد الطبيعية الفلزية وغير الفلزية ، ويلى ذلك تحديد المناطق ذات الامكانات التنموية ومحاور الانتشار السكانى والعمرانى .

وأن توضع لخريطة الأقاليم التخطيطية المتكاملة ، والهيكل العمرانى الرئيسى لكل اقليم ، وهياكل البنية الرئيسية والمستقرات البشرية به ، وكذلك الشبكة القومية للخدمات .

* وضع برامج التنفيذ بحيث يتم انشاء كل من المجتمعات الجديدة على مراحل متلاحقة ، تتكامل كل مرحلة منها فى البنية الاساسية والاسكان والنشاط الاقتصادى والخدمات الاجتماعية مع ضرورة وضع خطة سليمة لادارة التنفيذ.

* وضع معدلات نمطية تقريبية للتصميم والتخطيط بكل اقليم بداية بتصميم الوحدة السكنية الملائمة ونهاية بتخطيط المستقر البشرى مع تحديد المساحات النسبية للانشطة المختلفة .

*دراسة القوام الاقتصادى للمجتمعات الجديدة ووضع هياكل تمويلها بحيث يتحقق معها استرداد اكبر قدر ممكن من التكاليف .

السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة

ظل انشاء عواصم الدولة المصرية ، على مدى آلاف السنين – منذ «منف » الى « اون » إلى « بابليون » الى القاهرة : – يتم داخل رقعة معينة ، تمثلها الآن منطقة القاهرة الكبرى ، فيما عدا فترات قصيرة من التاريخ . وقد تكونت الجذور الاولى للعاصمة الحالية فى العصر الاسلامى ، حيث انشئت مدينة الفسطاط ، ثم العسكر ، ثم القطائع ، ثم القاهرة المعزية ، كمدن حضارية منفصلة ، ولكن مواقعها أخذت تتصل وتتداخل ، طوال عدة قرون ، حتى توحدت فى شكل مستطيل مندمج يتجه نحو الشمال بصفة أساسية ، كما سجلته خريطة الحملة الفرنسية . ثم بدأ نمو المدينة ، منذ العصر الحديث ، يتجه ببط نحو الغرب وحتى القرن التاسع عشر .

النمو العمرانى والسكانى للعاصمة فى القرن العشرين

أولا : النمو العمرانى :

١– النمو العمرانى الافقى : منذ أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ظهرت عوامل جديدة أدت الى تزايد الاتساع العمرانـــى للعاصمة تدريجيا حتى وصلت الى وضعها الحالى ، وذلك على النحو الآتى :

– أدى اكتمال شبكة الترام فى القاهرة الكبرى ، وانشاء الكبارى التى تربط ضفتى النيل الى فتح جبهة نمو جديدة فى الضفة الغربية للنهر .

– فتحت خطوط الترام والسكة الحديدية عدة محاور للنمو العمرانى فى الشمال : محور سكة حديد المطرية ، ومحور ترام شبرا ، ومحور شبكة مترو مصر الجديدة .

كما فتحت عدة محاور للعمران فى الجنوب والغرب : محور سكة حديد حلوان ، محور ترام امبابة ، محور ترام اهرامات الجيزة .

– تعاظمت الوظيفة الاقليمية للقاهرة الكبرى ، نتيجة ربطها بأنحاء الاقاليم بشبكة من السكك الحديدية ، اذ تركزت فيها المؤسسات الخدمية الكبرى الادارية ، والتجارية والتعليمية ، والصحية .

– نتج عن اختصاص العاصمة بمعظم المنشآت الصناعية – فى المراحل الاولى لتطور الصناعة المصرية ، فى اعقاب الحرب العالمية الاولى – ان توطنت الصناعة فى أطراف القاهرة الكبرى ، مما أدى الى نشوء تجمعات سكنية حولها ، وتكون مجمع عمرانى متلاحم بالقاهرة الأم .

– أدى اختلاف ظروف نشأة الصناعة فى القاهرة الكبرى الى تعقيد الامتدادات العمرانية فى الاطراف الصناعية للمدينة ، وذلك تحت تأثير اتجاهين :

الاتجاه الاول : ويتمثل فى انشاء المصانع – بتوجيه من الحكومة – منفصلة عن عمران المدينة ، ولكن لم يلبث أن نمت حوله المستعمرات الصناعية ، إما مخططة أو عشوائية .

الاتجاه الثانى : ويتمثل فى هجرة المؤسسات الصناعية من المناطق الداخلية للمدينة – نظرا لارتفاع قيمة أراضيها وصعوبة التوسع الصناعى الأفقى بها – الى الاطراف والضواحى التى تحولت الى

مواقع للاستخدامات الصناعية تتخللها الامتدادات العمرانية السكنية .

ويتضح من دراسة النمو العمرانى الأفقى فى القاهرة الكبرى فى القرن العشرين ما يلى :

– بلغ اجمالى ماأضافه النمو العمرانى فى القرن العشرين ١١٧,٩كم٢بنسبة ٦٢٤٪ (ترتفع الى ٦٦٤,٣٪ باضافة المعسكرات ، ويلغ معدل النمو العمرانى الافقى ٨,٩١٪ سنويا ويبلغ ٩,٤٥٪ باضافة المعسكرات.

– سجلت أكبر نسبة إضافه فى الفترة الحديثة من ١٩٥٤– ١٩٧٢ ، اذ تجاوزت جملة مساحة الامتدادات العمرانية فى هذه الفترة بثلاثة ارباع (٧٧,٦١٪) ما أضافه النمو فى القرن العشرين ، يليها الفترة السابقة عليها من (١٩٢٨– ١٩٥٤) التى بلغت نسبة النمو فيها ٩,٥٦٪ ، ثم الفترة من ١٩٠٠ – ١٩١٤ والفترة من ١٩١٤ – ١٩٢٨ حيث بلغت نسبة النمو ٦,٩٥٪ ، ٥,٩٠٪ على التوالى .

– تختلف نسبة النموالأفقى من جهة الى أخرى ، وتأتى الجبهة الشمالية فى المقام الأول من حيث الامتداد ، وتليها الجبهة الغربية ، ويبلغ مايخص الجبهتين ٥٤,٨٦٪ ، ٢٤,٣٣٪ على التوالى ، بينما بلغت نسبة النمو فى الجبهة الجنوبية ١٤,٨٪ وفى الجبهة الشرقية ٦,٦٥ ٪ .

– تطورت المساحة العمرانية لمجمع القاهرة الكبرى الحضرى من ١٨,٩ كيلومتر مربع فى بداية القرن العشرين الى ١٤٤,٥٤ كم ٢ (لاتتضمن كثيرا من استعمالات المرافق كالنقل والموصلات) .

٢–النمو العمرانى الرأسى : غلب على مبانى القاهرة الكبرى فيما قبل الحرب العالمية الثانية طابع المبانى المنخفضة التى تتراوح بين طابقين وأربعة طوابق ، ثم تخللتها المبانى المرتفعة فيما بعد الحرب ، لانتشار استخدام الخرسانة المسلحة بدلا من الحوائط الحاملة .

وفى تعداد ١٩٧٦ تبين ازدياد نسبة المبانى المرتفعة فى مناطق الاعمال والتجارة لارتفاع قيمة الاراضى وصراع الاستخدامات ، بينما تنخفض ارتفاعات المبانى فى هوامش المدن فى اقسام : المطرية والاهرام والمعادى وشبرا الخيمة وحلوان ، وذلك بسبب انتشار الصناعة فى هذه الاطراف ونشأة الاحياء العمالية المنخفضة المبانى ، كما اشتملت هذه الاطراف على مجموعة قرى احتواها الامتداد العمرانى الحديث وتلاحم معها ، وتتميز بمبانيها المنخفضة .

وبصفة عامة فان ارتفاع المبانى فى القاهرة الكبرى يعتبر منخفضا اذ يبلغ المتوسط ٢,٣ طابق لكل مبنى ، وتتفاوت نسبة بسيطة بين ٢,٤٢ طابق لكل مبنى فى مدينة القاهرة ، ١,٩٨ طابق لكل مبنى فى مدينة الجيزة و١,٧٦ طابق لكل مبنى فى مدينة شبرا الخيمة ، ويرجع انخفاض ارتفاعات المبانى والنمو الرأسى فى القاهرة الكبرى بالمقارنة بالمدن العالمية للاسباب الآتية :

– أن قطاعات كبيرة من مبانى القاهرة تتمثل فى الاحياء القديمة والتى تتكون مبانيها من الحوائط الحاملة التى لاتتحمل نمو رأسيا لأكثر من خمسة طوابق .

– ظهور أحياء وأقسام جديدة للطبقة الوسطى ، والمستوى المعيشى المرتفع ، تحتوى على كثير من المبانى من نمط الفيلات التى لا تزيد على دورين فقط ، مثل مصـــــر الجديدة ومدينة نصر والدقى والعجوزة والمعادى .

– تلاحم عمران القاهرة الكبرى واحتواؤه قرى صغيرة كانت قائمة قبل الحد العمرانى الحضرى الحديث وهذه القرى من المبانى المنخفضة.

– ظهور مناطق عمرانية نامية بشكل عشوائى وهى خليط من الملكيات الصغيرة والمتوسطة التى لاتملك امكانات اقامة مبانى مرتفعة .

ثانيا : النمو السكانى

١) تزايد أعداد السكان : كان عدد سكان القاهرة فى مطالع القرن العشرين (٧٩٠٩٣٩) نسمة – وذلك طبقا لتعداد سنة ١٩١٧ ، ثم وصل خلال عشرين عاما الى (١,٣١٢ ، ٠٩٦) نسمة ، كما يتبين من تعداد

سنة ١٩٣٧ ، ثم ارتفع خلال السنوات العشر التالية الى (٢.٠٩٠,٦٥٤) نسمة ، تبعا لبيانات تعداد سنة ١٩٤٧ ، ثم تزايد الى (٥.٠٨٤,٤٦٣) نسمة فى تعداد سنة ١٩٧٦ . ثم قفز الى حوالى (١٠ملايين) نسمة عام ١٩٨٢ ، يمثلون سكان اقليم القاهرة الكبرى .

ويوضح آخر تعدادين لسكان الاقليم أن عدد السكان يتزايد بمعدل ٣٥٠ ألف نسمة سنويا تقريبا ، محققا بذلك معدلات مرتفعة للغاية حيث تعادل هذه الزيادة السنوية جملة سكان بعض المدن المصرية المتوسطة ، وتتطلب توفير مساحات من الأراضى لاستيعابها كل سنة ، تماثل مساحة مدينة من المدن الجديدة الجارى انشاؤها .

وقد ظلت معدلات الزيادة الطبيعية لسكان القاهرة الكبرى مرتفعة من عام ١٩٦٠ نتيجة لاستمرار معدلات المواليد فى ارتفاعها النسبى ، والانخفاض المتواصل لمعدلات الوفيات منذ ذلك الوقت ، وقد بلغ معدل الزيادة الطبيعية لسكان اقليم القاهرة الكبرى ٢.٤٪ سنويا خلال نفس الفترة ، وتزايدت هذه المعدلات فى السنوات الخمس الأخيرة حتى وصلت الى ٢و٨ ٪ سنويا .

ويقيم السكان فى الكتلة الحضرية لاقليم القاهرة الكبرى ، والتى تضم جميع أقسام محافظة القاهرة البالغ عددها ٢٦ قسما ، وجميع اقسام مدينة الجيزة البالغ عددها ٦ أقسام ، ومدينة شبرا الخيمة من محافظة القليوبية ، وقد بلغ مجموع عدد سكانها فى عام ١٩٨٢ حوالى ٨.٦ مليون نسمة .

بالاضافة الى ماسبق تضم القاهرة الكبرى بالمفهوم الاقليمى :

ست مدن حضرية : ثلاث منها فى محافظة الجيزة وهى : البدرشين والحوامدية وأوسيم ، وثلاث فى محافظة القليوبية وهى : قليوب ، والخانكة والقناطر الخيرية ، ويبلغ اجمالى تعداد سكان هذه المدن الست فى عام ١٩٨٢ حوالى ٣٠٠ ألف نسمة .

٢) اقليم القاهرة الكبرى منطقة جذب للسكان : تمثل القاهرة الكبرى أهم مناطق الجذب لتيارات الهجرة الداخلية الحالية والمنتظرة ، وتعتبر الهجرة الداخلية من أهم الأسباب التى أدت الى ارتفاع معدلات نمو سكان القاهرة الكبرى ، ويتضح من دراسة التعدادات السكانية منذ تعداد ١٩١٧ ، أن تيار الهجرة الى القاهرة الكبرى يتزايد باطراد فى حجمه . ويوضح الجدول المبين بالصفحة التالية حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة ومعدلاتها فى الفترة من عام ١٩١٧ الى ١٩٧٦ ، وذلك على مستوى محافظة القاهرة فقط .

ولايبدو من الجدول أن انخفاض نسبة المهاجرين الى مدينة القاهرة فى عام ١٩٧٦ الى ١٩.٧ فى المائة فقط من سكانها انخفاض حقيقى ، انما يرجع ذلك الى زيادة معدل الهجرة للخارج (حوالى ٥و١ مليون فى عام ١٩٧٦) وأن سكان القاهـرة يمثلون نسبة عالية من هؤلاء المهاجرين .

وقد اتضح من دراسة اجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عن حركة الهجرة الى القاهرة الكبرى فى الفترة مابين ١٩٦٥ و ١٩٧٠ ، انها استقبلت خلال هذه الفترة هجرة صافية مقدارها ٤٢٩,٠٠٠ نسمة أى ان معدل الهجرة اصبح ٢.١ ٪ سنويا وهو معدل مرتفع للغاية وربما كان مرتبطا بآثار تهجير سكان منطقة قناة السويس . وبذلك يصبح اجمالى معدل الزيادة السنوية لسكان الاقليم ٤.٩٪ .

وبالرغم من نقص البيانات الحديثة عن الهجرة الى القاهرة الكبرى ، فان كل الدلائل تشير الى ارتفاع معدلات الهجرة اليها مرة أخرى خلال السنوات الأخيرة ومن المتوقع أن تظل معدلات صافى الهجرة مرتفعة فى السنوات المقبلة .

٣) التوقعات السكانية : تشير الدراسات السكانية الى أنه من المنتظر وصول عدد سكان القاهرة الكبرى الى ١٦.٥ مليون نسمة سنة ٢٠٠٠ من جملة عدد سكان الحضر فى مصر والذين يقدرون بحوالى ٣٧ مليون نسمة فى نفس العام ، وطبقا لهذه الدراسات سوف يصل اجمالى عدد سكان مصر الى ٦٨ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ بزيادة قدرها حوالى

حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة

١٩١٧ - ١٩٧٦

التعداد	مهاجرون الى القاهرة	مهاجرون من القاهرة	الهجرة الصافية	معدل الهجرة الاضافية
١٩١٧	٢٣٦,١٢٦	٧١,٧٥٦	١٦٤,٣٧٠	٢٠,٥
١٩٢٧	٣٥٦,٠٢٦	٦٥,٧٠١	٢٩٠,٣٢٥	٢٧,٤
١٩٣٧	٤٣٣,١٦٠	٧٤,٤٨٧	٣٥٨,٦٧٣	٢٧,٦
١٩٤٧	٧١٠,٥٠٣	٩٤,٩٣٣	٦٠٦,٥٧٠	٢٩,٤
١٩٦٠	١,١٩٤,٢٦٦	٢٤١,٦٠٣	٩٥٢,٦٦٣	٠٠,٠
١٩٦٦	٩٢٨,٢٩٥	٣٠٤,٦٤٦	٨٩٧,٦٤٧	٢٨,٤
١٩٧٦	١,٣٦٠,١٣١	٣٦١,٥٧١	٩٩٨,٥٦٠	١٩,٧

٢٥ مليون نسمة عما كان عليه العدد سنة ١٩٨٢ - ويعنى ذلك أن اقليم القاهرة الكبرى سوف يضم حوالى ٤٥٪ من سكان الحضر فى مصر وربع سكان الجمهورية بعد فترة لاتتجاوز خمسة عشر عاما من الآن .

وتؤدى زيادة معدلات النمو السكانى فى اقليم القاهرة الكبرى الى كثير من الآثار السيئة التى تتمثل بالدرجة الأولى فى نقص مستوى الخدمات التى تقدم لسكان العاصمة والذين يعيشون فى كثافة سكانية بالغة الارتفاع وصلت الى ٢٣٧٣٧ نسمة فى الكيلومتر مربع على مستوى القاهرة كلها ، وهى تزيد عن مائة ألف نسمة فى الكيلومتر المربع فى بعض الاقسام مثل روض الفرج وباب الشعرية منذ سنة١٩٦١ ، ويندر أن نجد لهذه الكثافة مثيلا فى العالم كله .

ولعل مما تجدرالاشارة اليه ، أن حركة العمل اليومية ، وماتنطوى عليه من رحلة " العمالة " الى القاهرة - والتى لاتحسب ضمن سكان المدينة - تؤدى بدورها الى مزيد من الاختناقات والمشكلات التى تتعرض لها العاصمة .

مشكلات النمو العمراني والسكاني

لم يعتمد نمو القاهرة الكبرى - خلال فترة ليست بالقصيرة - على برامج أو خطط علمية ، وكان من نتيجة ذلك ظهور مشكلات عديدة تراكمت آثارها على مر السنين ولعل من أبرزها مشكلة النمو السكانى السريع الذى يعتبر مصدر معظم المشكلات الأخرى ، اذ أدى فقدان التوازن بين عدد السكان وبين مقومات وامكانات النمو الحضرى المتاحـــة ، الى خلق كثير من المشاكل تتمثل فى : انتشار التجمعات العمرانية العشوائية ، والاعتداء على الاراضى الزرعية حول المدينة بل وعلى المساحات الخضراء التى تتخللها ، ونقص الاسكان ، وقصور حاد فى الخدمات والمرافق العامة من نقل ومواصلات ومياه وصرف صحى وغيرها ، وزيادة كبيرة فى تلوث البيئة وصعوبة الحياة فى المدينة .

وتتلخص مظاهر هذه المشكلات فيما يلى :

١) الزحف العمرانى على الأراضى الزراعية :

أكل النمو العمرانى للقاهرة الكبرى فى ثلاثة ارباع قرن ، مايقرب من ٢٥.٤ كم ٢ من الأراضى الزراعية الغنية ، وبلغ قمة نقدان الاراضى الزراعية فى الاطراف الشمالية ، حيث بلغت النسبة ٥٤.٨٪ من جملة الاراضى الزراعية المفقودة وباقى الأراضى فى المناطق الشرقية .

ومعظم التعديات على الأراض الزراعية تتم فى نطاق المدن الصغيرة والقرى الواقعة فى حدود اقليم القاهرة الكبرى . وتمثل مواجهة مشكلة التعدى على الاراضى الزراعية هدفا رئيسيا يجب مراعاته فى التخطيط العمرانى للعاصمة ، ليس فقط بسبب ضياع الأرض الزراعية ذات الانتاجية العالية ، بل بسبب المشاكل الأخرى المترتبة على ذلك ، حيث أن غيبة التخطيط فى المجاورات السكنية التى نشأت عشوائيا على الأراضى ، قد أوجدت مشاكل يصعب التغلب عليها بالنسبة للمرافق الاساسية من مياه شرب وصرف صحى وطرق ومواصلات ، وكذلك بالنسبة للظروف الصعبة فى هذه المناطق وحولها .

٢) المشكلة الاسكانية :

تأثر معدل انتاج الوحدات السكنية فى العقدين الماضيين تأثرا قويا تبعا للظروف الاقتصادية الخارجية ، فمن حالة ركود خلال السنوات ١٩٦٧ - ١٩٧٣ (وهى فترة تميزت ببطء النمو الاقتصادى) الى طفرة مفاجئة عام ١٩٧٤ نتيجة للنمو السريع فى الموارد الخارجية (دخل قناة السويس وعوائد مبيعات البترول والسياحة والقروض الخارجية وتحويلات المصريين العاملين بالخارج) . وقد انعكس هذا على اقليم القاهرة الكبرى ، حيث نتج عن ذلك معدل نمو سنوى فى المتاح من المساكن يزيد على ٥٪ والمشكلة ليست فى الحصول على مصادر التمويل ، ولكن فى الاستخدام الأمثل لمصادر التمويل المتاحة .

وتعتبر قضية الاسكان من أهم القضايا التى تواجه العمل الوطنى فى الوقت الحاضر ، والتى تتطلب حلا سريعا يسد النقص فى عدد

الوحدات السكنية ويمنع تراكم هذا النقص عاما بعد عام .

وقد بذلت جهود كثيرة لمواجهة هذه المشكلة خلال السنوات الماضية ، كما صدرت تشريعات عديدة تهدف للمشاركة فى التغلب عليها بتنشيط الدور الذى تقوم به الأموال الخاصة فى عمليات التشييد والبناء ، بالاضافة الى ماقامت به الدولة من جانبها ببناء عدد وافر من الوحدات السكنية لمحدودى الدخل .

ومن الواضح انه بالرغم من كل الجهود التى بذلت ، فما زالت مشكلة الاسكان تلقى ظلها الذى يحدث آثارا اجتماعية ونفسية واقتصادية على فئات كثيرة من ابناء العاصمة ، وخاصة فئات الشباب الذين يتطلعون الى تكوين أسر جديدة تمكنهم من المشاركة فى الحياة الاجتماعية والقومية بأقل قدر من المعاناة .

وبرغم كل ذلك فقد تفاقمت مشكلة الاسكان فى القاهرة الكبرى ، وبرزت ظاهرة سكنى العشش والمقابر .

وترجع جذور ظاهرة العشش الى العشرينات من هذا القرن ، وأن دلت هذه الظاهرة على الازمة الاسكانية ، فانها تدل بصورة اكثر وضوحا على غيبة القانون والتخطيط العمرانى ، وتوجد العشش أينما توجد أراض غير مستغلة ، ومعظم نطاقات العشش تقع فى زمامات الترع والمصارف ، وكذلك المناطق الأثرية والسكك الحديدية وأراضى طرح النهر ، وقد بذلت الدولة فى أواخر السبعينات عدة محاولات ايجابية نحو ازالة بعض مناطق العشش – مثل عشش الترجمان – ونقل سكانها الى مناطق سكنية جديدة .

وأما ظاهرة سكنى المقابر فهى قديمة ايضا ، ترجع الى العشرينات من هذا القرن وقد تفاقمت فى العقدين الاخيرين ، وساعد على ذلك ملاءمة بعض مناطق المقابر للسكنى مثل الاحواش المبنية على هيئة منازل عادية ، وتزويد بعض نطاقاتها بشبكات المرافق الاساسية كالكهرباء والمياه والصرف الصحى .

ولقد كان المقدر رسميا فى وقت ما، أن عدد سكان المقابر فى القاهرة هو ٢٠ ألفا ، فقط لكن تعداد ١٩٤٧ كشف عن ٥٠ ألفا وتعداد ١٩٧٦ عن ١٤٠ ألفاالا أن البيانات المتاحة تشير الى أن العدد الحقيقى يتراوح مابين ثلاثين ألفا ومائة ألف أسرة ، اوضح التقدير الأخير لكانت نسبة سكان المقابر فى القاهرة ١ : ٢٠ من سكان القاهرة .

٣) قصور وتدهور المرافق :

يرجع قصور وتدهور المرافق الى عجزها عن ملاحقة النمو العمرانى والزيادة السكانية ، إذ اصبحت قاصرة عن مواجهة حاجات سكان القاهرة الكبرى التى تزيد كثيرا عن طاقاتها القصوى التى صممت لها ، مما يؤدى الى مشكلات يومية كثيرة .

مياه الشرب : يصل متوسط الاستهلاك المنزلى الحالى الى ١٣٥ لترا للفرد يوميا ، بينما يصل معدل الاستهلاك شاملا الخدمات ١٨٥ لترا للفرد يوميا وتتراوح نسبة الاستهلاك المنزلى مابين ٦٣ ٪ ، ٧٣ ٪ ، أما كمية الانتاج فهى حوالى ٢٨٠ لترا للفرد يوميا ، أى أن هناك فاقدا يتراوح مابين ٢٣٪ ، ٣٣٪ ، وقد قدرت جملة الاستهلاك عام ٢٠٠٠ ، بما فى ذلك كل أنواع الاستخدامات ، بحوالى ٣٣٠ لترا للفرد يوميا ، وبمتوسط انتاج قدره ٤٠٠ لتر يوميا . وعلى هذا فسوف تصل جملة احتياجات المياه ، باستثناء المدن الجديدة التى لها نظم مستقلة ، الى حوالى ٦مليون متر مكعب يوميا ، أى ثلاثة أضعاف انتاج عام ١٩٨٢ وهو ٢مليون مترمكعب .

ونظرا للارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والسكانى فى العاصمة ، فقد اصبح انتاج المياه قاصرا عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين ، برغم أن محطات انتاج المياه تعمل بأكثر من طاقتها التصميمية ، وقد أدى ذلك الى :

• افتقار شبكات المياه فى مناطق الامتدادات العمرانية الى المياه ، فيما عدا ساعات محدودة من النهار .

• عدم وصول المياه ، الا بالقدر القليل ، للمناطق الواقعة فى نهاية الشبكات .

• ضعف « الضغط » الذى يؤدى الى عدم وصول المياه الى الادوار العليا فى شتى المناطق .

• حرمان بعض المناطق من توصيل المياه اليها .

• أعطال متوالية فى المحطات ، يصاحبها نقص فى ضخ المياه .

الصرف الصحى : صممت الشبكة الاساسية لمجارى مدينة القاهرة فى عام ١٩١٢ ، على أساس عدد من السكان يقدر بمليون نسمة ، ونظرا للتطور السريع للمدينة وازدياد السكان والامتدادات العمرانية ، فقد تم عمل امتدادات لمشروع المجارى ، الا انه بحلول عام ١٩٦٥ ، ومع ازدياد السكان وزيادة استهلاك المياه ، والتوسع فى انشاء المصانع ، فقد اصبح المشروع القائم غير كاف لاستيعاب التصرفات الكبيرة الواردة له ، حيث تبلغ القدرة الحالية لشبكات ومحطات الرفع بالقاهرة الكبرى حوالى ١.٨ مليون متر مكعب فى اليوم ، فى حين ان استهلاك المياه يبلغ حوالى ٢.٥ مليون متر مكعب يوميا ، يصل الى شبكات المجارى ٨٠٪ من هذا الاستهلاك ، وهو ما يبلغ نحو ٢ مليون متر مكعب يوميا بما يزيد عن قدرة المرفق حاليا بحوالى ٢٠٠ الف متر مكعب يوميا ، تظهر كطفح فى المناطق المنخفضة وفى نهايات الشبكات .

الطرق والشوارع : أدى غياب التخطيط العمرانى المتكامل للقاهرة الكبرى الى تزايد نموها بشكل عشوائى غير متسجم ، وقد انشئت معظم طرقها (حوالى ٧٥٪) منذ اكثر من ٥٠ عاما ، وأغلب هذه الطرق لاتتوافر به المواصفات والاشتراطات المناسبة لحركة المرور الحالية ، وقد تراوحت مساحة شبكة الطرق والشوارع مابين ٢٠٪ و١٨.٦٪ من جملة مساحة العمران فى بداية السبعينات ، بما فيها الشوارع والطرق التى لاتصلح للمرور ، بينما يجب ألا تقل هذه النسبة عن ٣٠ ٪ من الناحية النظرية ، ونتج عن ذلك عدم كفاية الطرق والشوارع لحركة النقل والمرور ، مما أدى الى تصدع هذه الطرق وظهور الكثير من الحفر والمطبات التى ساعدت على زيادة تعقيد مشكلة الحركة فوق هذه الطرق .

النقل والمرور : تعتبر مشكلة المرور فى القاهرة من المشاكل الأساسية ، وتبرز على الأخص فى منطقة وسط المدينة ، حيث تتجمع الأنشطة التجارية والادارية والخدمية ، وهى تمثل مشكلة يومية لمعظم مواطنى القاهرة ، علاوة على تاثيرها البالغ على الاقتصاد القومى ، بعد أن أصبحت القاهرة من أكثر عواصم العالم ازدحاما بالسكان – حيث يبلغ عددهم حوالى ١٠ ملايين نسمة حاليا – وبالمركبات التى يبلغ عددها حوالى مليون مركبة بمختلف انواعها مما أدى الى الضغط على الطرق القائمة التى اصبحت لاتتناسب مع كمية الحركة عليها . ولاشك أن من أسباب هذه المشكلة زيادة معدلات ملكية السيارات الخاصة ، والتى أصبحت ١٢.٨ سيارة لكل ألف فرد ، نتيجة لارتفاع دخل الافراد .

وبسبب تكدس عشرات الآلاف من وحدات النقل من كافة الأنواع ، فان الحركة الخاصة فى منطقة القلب التجارى – بالأخص فى ساعات الذروة – تصل الى حد الاختناق ، حتى أصبح فاقد الوقت والجهد والطاقة يقدر بملايين الجنيهات .

وكان من نتيجة ذلك كله ، أن أصبح الخروج من قلب القاهرة الى أطرافها شاقا وعسيرا .

وقد اصبحت القاهرة تنوء بحملها ، فهى علاوة على انها عاصمة الدولة لاتقتصر خدماتها على سكانها الأصليين ، بل تقدم الخدمات لجميع أقاليم الدولة ، وتضم المراكز الادارية والحكومية الرئيسية ، بجانب العديد من المراكز التجارية والفنية على مستوى الدولة ، يضاف الى ذلك كله وضعها المتميز على المستوى العربى والافريقى والدولى .

وقد أدى قصور التخطيط الى ظهور مشكلة ايجاد الاماكن الملائمة

لانتظار السيارات ، بسبب عدم توافر مساحات وأماكن الانتظار الكافيــة ، الأمر الذى دفع كثيرا من قائدى السيارات الى مخالفة تعليمات الانتظار فى بعض المحاور ، وهو أمر تصل فيه نسبة الأماكن المقتطعة عمليا للانتظار الى حوالى ٤٠٪ من مساحة الطريق ، مما يؤثر تاثيرا حادا على انسياب المرور ، ويؤدى الى استنزاف قدر كبير من جهد رجاله .

وقد شهد اقليم القاهرة الكبرى زيادة ضخمة فى أعداد السيارات والمركبات فى خلال السنوات العشر الأخيرة (٧٣/١٩٨٣) فقد كان عدد السيارات الخاصة عام ١٩٧٣ حوالى ٨٧.٣٨٠ سيارة وسيارات الأجرة ١٧.٦٠٧ سيارة بإجمالى قدره ١٠٤.٩٨٠ سيارة بمتوسط ١٥.٨ ٪ لكل الف نسمة ، بينما بلغ عدد السيارات الخاصة عام ١٩٨٣ حوالى ٣٥٠.٥٢٠ سيارة ، وسيارات الاجرة ٥١.٥١٠ سيارة ، بإجمالى قدره ٤٠٢.٥٣٠ سيارة بمتوسط ٤٢.٨ سيارة لكل الف نسمة . ومن المقدر ان يزيد عدد السيارات الخاصة والأجرة عام ١٩٨٧ الى ٧٠٢.٠٠٠ سيــارة ، بمتوسط ٦٦.٢ سيارة لكل الف نسمة ، كما انه من المقدر ايضا ان يتراوح عدد السيارات الخاصة والاجرة عام ٢٠٠٠ مابين ١.٣٠٠.٠٠٠ سيارة و ١.٨٣٠.٠٠٠ سيارة بمتوسط يتراوح مابين ١٠٧.٦.٧٩.١ سيارة لكل ألف نسمة .

وعلى ضوء ماتقدم اصبحت مشكلات النقل والمرور من السمات الرئيسية لمدينة القاهرة عند مقارنتها بعواصم العالم الاخرى المماثلة فى الحجم والظروف الاقتصادية والاجتماعية واصبح الانتقال من مكان الى آخر من الصعوبات اليومية التى يعانى منها المواطن ، سواء كان مالكا لسيارة خاصة أو مستخدما لوسائل النقل العام أو باحثا عن سيارة اجرة ، أو سائرا على قدميه .

وبرغم العديد من مشروعات البنية الاساسية التى نفذت لخدمة قطاع النقل والمرور فى اقليم القاهرة الكبرى ، فى خلال السنوات العشر الماضية ، بجانب العديد من الكبارى العلوية التى نفذت أو يجرى تنفيذها أو خطط لها ، فان المشكلة بصفة عامة مازالت قائمة ، وان اختلفت حدتها من موقع الى آخر سواء كانت فى الانتقال أو الانتظار .

ويرجع تفاقم مشكلة النقل والمرور بالقاهرة الكبرى الى تراكمات سنوات طويلة ماضية ، ساء فيها عدم التقدير السليم للوضع مستقبلا .

الخدمات الادارية : لاشك ان التاريخ الطويل للادارة المركزية للقاهرة ، قد أدى الى سيادتها المطلقة كمركز ادارى وحضارى وثقافى على المستوى القومى ، فهى تضم ٥٩٪ من العاملين فى الخدمات ، و٥٤٪ من الخدمات التجارية ، و٦٠٪ من عدد طلبة التعليم العالى على مستوى الجمهورية . وبالرغم من المحاولات الرسمية لارساء قواعد اللامركزية ، فان القاهرة لازالت تستأثر بالنصيب الاكبر من الأنشطة الاقتصادية عدا الزراعة ، وعلى سبيل المثال : مازالت القاهرة تستأثر بأكثر من نصف الاستثمارات المخصصة لقطاع الصناعة على المستوى القومى .

وتوضح الأرقام التالية مدى تركيز الخدمات فى القاهرة ، فى آخر الستينات ، مما يعد أبلغ دليل على أن العاصمة لم تزل منطقة جذب للطاقة البشرية انتاجية واستهلاكية ويتبين منه ان كثافة البروقراطية فى العاصمة تعادل كثافتها القومية ثلاث مرات على الأقل :

درجه التركيز البيروقراطى فى القاهرة فى أواخر الستينات

نسبة موظفى الدولة	٣٠.٠٪
نسبة المهندسين الزراعيين فى القاهرة	٥٣.٠٪
نسبة الاطباء البشريين فى القاهرة والجيزة	٥٢.٢٪
نسبة الاطباء البيطريين فى القاهرة والجيزة	٤٨.٢ ٪
نسبة المهندسين الجامعيين فى القاهرة والجيزة	٥٨.٧ ٪

ويبدو أن التركز البيروقراطى قد زاد، ولم ينقص ، منذ الستينات الى الثمانينات ، ففى سنة ١٩٨٠ بلغ عدد موظفى الكادر العام فى الجهاز الحكومى بالقاهرة نحو ٧٠٨ آلاف تمثل ٣٩.٤٪ من العمالة الحكومية . وتأتى الجيزة وراء القاهرة بنسبة ٧.٨ ٪ بحيث بلغ نصيب القاهرة والجيزة معا ٤٧.٢ ٪ من المجموع القومى ، أى نحو النصف .

ويوضح الجدول التالى مدى تركيز عناصر الانتاج والاستهلاك والخدمات فى القاهرة :

نصيب القاهرة ٪ فى بعض عناصر الانتاج والاستهلاك والخدمات (١٩٦٠، ١٩٦٨)

البند	نسبة القاهرة
المنشآت الصناعية (+ ١٠ عمال)	٤٢
الصناعات الكبرى	٢٧ – ٣٠
عمال الصناعة	٤٠
رأسمالى الصناعة	٢٦
الاطباء	٣٣.٧
المحال التجارية ، قطاع خاص	٢٤.١
الصيدليات	٧٥.٩
المؤهلات العالية	٥٧.٧
وسائل النقل الميكانيكى	٦٠
السيارات الخاصة	٥٥
التاكسى	٤٠
الاوتوبيسات	٤٥
اللوريات	٣٨
الموتوسيكلات	٥٦
عدد التليفونات	٥٧
القوة الشرائية	٣٢
استهلاك اللحوم	٤٨

ويتبين من الجدول أن حصة القاهرة لاتقل عن نصف الكم الصناعى الوطنى جميعا ، وان كانت نسب العمالة أو المنشآت الصناعية أو رأس المال الصناعى دون النصف بدرجات مختلفة .

الرعاية الاجتماعية والصحية :

انخفضت حصة الفرد من الرعاية الصحية والترفيهية كما انخفض نصيب مساكن القاهرة من المساحات الخضراء والمناطق المكشوفة ، برغم التلوث الذى يهدد [illegible] ، حيث أصبحت القاهرة ، طبقا لتقديرات الأمم المتحدة ، من أعلى مدن العالم فى نسبة تلوث البيئة ، نتيجة ازدحام المساكن والورش ، وارتفاع درجة التزاحم والكثافة السكانية الى درجة مرهقة ، وأن دخان المصانع المحيطة بالقاهرة من كل جانب ومخلفاتها ، والعوادم والغازات من السيارات وغيرها من وسائل النقل تزيد من معدل تلوث الهواء ، خاصة فى مناطق التكدس العمرانى .

ان تخلف التخطيط العمرانى أو غيابه تماما عن كثير من المناطق ، قد أسهم فى التدهور الذى أصاب البيئة فى القاهرة ، ويبدو ذلك فى التداخل الخطير بين المناطق الحضرية والريفية ، وتوسع القاهرة وامتداداتها على حساب الريف ومناسقه الخضراء وموارده الطبيعية ، وهجرة أهل الريف الى المدينة ، مما أوجد كثيرا من المشكلات ، وخاصة نقص المرافق وعجزها وعلى سبيل المثال ، فان تركيز بعض الصناعات الثقيلة فى منطقة حلوان جعلها منطقة صناعية اكثر منها علاجية ، بعد ان كانت تشتهر فى الماضى بكونها مشتى راق متميز ، ومصحا للعلاج الطبيعى بفضل ما تتمتع به من مياه معدنية وكبريتية وهواء نقى جاف ، الا أن دخان المصانع قد تسبب فى تلوث اجوائها .

ورغم أن المعدلات العالمية تحدد نصيب الفرد من المساحات الخضراء بما يتراوح بين ١٢ مترا و ١٦ مترا مربعا ، فان هذه المساحات فى القاهرة كانت ضحية عدوان صارخ ابتلع معظم حدائقها ومسطحاتها الخضراء

تلوث البيئة :

كان محصلة التكدس السكانى والعمرانى وتدفق النقل الميكانيكى فى الداخل مع اختفاء المساحات الخضراء ، ثم الحصار الصناعى المحكم من الخارج – أن ارتفعت نسبة التلوث فى جو القاهرة الى اكثر من معدل الأمان المسموح به دوليا ، فبالاضافة الى غبار المقطم والتلال الجرداء ورمال الصحراء ، ينطلق عادم أكثر من نصف مليون سيارة تزحف على الشوارع ، ودخان اكثر من ١٢٠ مدخنة ضخمة للمصانع الكبرى المحيطة . وقد بلغت تركيزات دخان عوادم السيارات ، بما فيها

عنصر الرصاص ، بشوارع وسط القاهرة ١٠ أمثال المتوسط العالمى ، وتتزايد هذه النسبة بصفه مستمرة ، بينما تتناقص بمعدلات مرتفعة فى معظم مدن العالم .

كذلك أدى وجود خط للسكك الحديدية يمر بالقاهرة الكبرى الى زيادة نسبة العوادم الناتجة عن احتراق الوقود حتى بلغت طبقا للتقديرات الحديثة حوالى ٢٨٧ طنا من ثانى اكسيد الكبريت و ١٠٤٥ طنا من أول اكسيد الكربون و٢١٩٢ طنا من اكاسيد النتروجين و٣٤٥ طنا من الهيدروكربونات . وبذلك يصل وزن كميات العوادم الناتجة عن مرور ذلك الخط الحديدى بالعاصمة الى ٣٩٦٩ طنا سنويا .

وقد اعتبرت القاهرة ، طبقا لبيانات الأمم المتحدة ، من أعلى مدن العالم فى درجة تلوث البيئة .

نحو تخطيط عام للقاهرة الكبرى

لعله من المناسب دراسة الأفكار التى طرحت فى الماضى بشأن تخطيط القاهرة الكبرى وتعديلها حتى تتناسب مع الاحتياجات الحالية وتتمشى مع أغراض التخطيط العام الحالى . ويوجد العديد من الأسس العامة والمفاهيم المختلفة وراء التخطيط العام الذى وضع عام ١٩٧٠ وأهمها :

. اقامة مدن جديدة تتمتع بالاكتفاء الذاتى ، وتكون بمثابة مراكز جذب تستقطب القادمين من المهاجرين الجدد للقاهرة الكبرى ، وتخفف الضغط عنها .

. احتواء الكتلة الحضرية الحالية للقاهرة الكبرى فى نطاق يهدف الى وضع حد للزحف العمرانى على الاراضى الزراعية ووضع الكتلة العمرانية الرئيسية فى حجم يمكن السيطرة عليه وتوجيهه .

وقد أدت الصعوبات الناتجة عن الارتفاع فى تكاليف اقامة مجتمعات جديدة على مسافات بعيدة من مراكز النشاط الاقتصادى القائمة – لتعديل مفهوم الاكتفاء الذاتى الى مفهوم المدن التابعة مثل مدن ٦ أكتوبر ، والعبور ، ١٥ مايو . ويتضمن هذا المفهوم الجديد خفض المسافات بين المدن الجديدة والكتلة العمرانية الرئيسية ، للاستفادة من امكاناتها ، خاصة فى المراحل الأولى من التنمية .

اما فكرة انشاء طريق دائرى حول القاهرة الكبرى والتى برزت فى التخطيط العام لسنة ١٩٧٠ ، فقد قصد بها – إلى جانب خدمة أغراض النقل – احتواء التوسع العمرانى والحد من النمو فى اتجاه الأراضى الزراعية ، على اعتبار أن الطريق الدائرى سيمثل حاجزا طبيعيا يحد من هذا النمو .

وقد دلت تجارب الماضى على ان التجمع الحضرى الذى تتوافر له طاقة اقتصادية عالية مثل القاهرة الكبرى ، لايمكن احتواؤه والسيطرة على نموه دون بدائل مناسبة لاحتياجات النمو .

وهذا ولاينبغى اغفال فكرة ايجاد عوائق طبيعية امام نمو المدينة ، فالحاجة الى الحد من النمو المتصل بالكتلة العمرانية امر يحظى باهتمام كل المخططين وواضعى السياسات .

وهناك مفهوم ثالث يتعلق بالتدرج الهرمى للخدمات ، إذا أن التدرج فى إمداد أى مجتمع بالخدمات (خدمات مركزية – خدمات محلية – وغيرها) من شأنه أن ييسر استفادة السكان من هذه الخدمات الى اقصى حد ممكن .

الاستراتيجية الحالية :

تهدف الاستراتيجية الحالية الى : الحد من المركزية والامتداد العشوائى وتوجيه النمو العمرانى الى الاراضى الصحراوية ، والحفاظ على المقومات البيئية والمواقع الطبيعية مثل شواطى النيل والمناطق الأثرية وذات الطابع الخاص . كما تهدف أيضا إلى تخفيف الكثافات السكانية الحالية ، عن طريق نقل بعض الأنشطة الى مناطق جديدة فـــى الأراضى الصحراوية ، مع الاستفادة بهذه المسطحات فى توفـــير الخدمات اللازمـــــة للسكان ، ورفـــع مستوى البيئة ، وتخفيـــف التكدس السكانى .

وتتمثل هذه الاستراتيجية فى ثلاثة عوامل رئيسية :

. المدن الجديدة : من الأهداف الأساسية التى تسعى المدن الجديدة الى تحقيقها أن تكون مراكز جذب لامتصاص المهاجرين الجدد

الى منطقة القاهرة الكبرى ، فى محاولة للانتشار وعدم التمركز ، لذا فيجب أن تكون هذه المدن مكتفيه ذاتيا . ولكن الصعوبات الناشئة عن ارتفاع تكلفة اقامة مجتمعات جديدة بعيدة عن المراكز الاقتصادية القائمة ، وعدم توفر التمويل اللازم – أدت الى ضرورة التأكيد على اقامة المدن التابعة مثل : مدينة السادس من أكتوبر ، ومدينة العبور .

. المستوطنات الجديدة : وتمثل مستوى عمرانيا جديدا – فيما بين المدن الجديدة من ناحية ونمو المدن التابعة من ناحية اخرى – ويمكن ان تقدم هذه المستوطنات الجديدة بديلا مناسبا عن الاسكان العشوائى الذى يقام فى الأراضى الزراعية . ولا ينبغى أن يتجاوز عدد سكان أى من تلك المستوطنات ٢٥٠ ألف نسمة ، وأن تكون نشأتها بالقرب من الكتلة العمرانية بما يحقق الأغراض التالية :

– وقف النمو الحضرى الملاصق للتجمع العمرانى الرئيسى للقاهرة الكبرى ووقف الزحف العشوائى لضواحيه .

– ايجاد بديل حقيقى ومناسب للاسكان العشوائى فى الاراضى الزراعية .

– الاقتصاد فى النفقات العامة وتوجيه استثمارات القطاع الخاص نحو المشاركة فى الامداد بالمرافق .

لذلك ينبغى أن تنشأ المستوطنات الجديدة حول المدن الجديدة أو قريبة منها ، حتى يمكن لتلك المستوطنات أن تستفيد فى بداية نشأتها من المرافق والبنية الاساسية الخاصة بخدمة المدن الجديدة ، وذلك حتى تتوافر لها المرافق والخدمات الخاصه بها .

ومن المستهدف اقامة عشرة تجمعات جديدة ، يبلغ اقصى تعداد سكانى لكل منها ٢٥٠ ألف نسمة ، بالقرب من التجمعات الحالية وخارج الطريق الدائرى على أن يتم دراسة مواقع هذه المستوطنات بحيث يكون لكل منهاطابعها الخاص، مع الاقتصاد فى تكاليف المرافق .

. محاور التنمية : وهى وسيلة لنشوء حركة تنمية عمرانية نشطة فى المناطق المحصورة بين الكتلة العمرانية الرئيسية للقاهرة الكبرى وبين المدن الجديدة البعيدة عنها ، وتتحدد محاور التنمية – أو المناطق التى تصلح للامتداد العمرانى بها – الى حد كبير ، بالعوائق الطبيعية (تلال وكثبان رملية وغيرها)

وفى معظم الحالات تحتل مواقع المدن الجديدة ، مراكز هذه المحـاور ، بالاضافة الى أن وجود هذه المدن الجديدة ، بما تحققه من تبادل النشاط مع مناطق اخرى – يوفر امكانية اقتصادية مناسبة لاقامة مستوطنات جديدة على هذه المحاور . ومن المقترح أن يتم توزيع الزيادة السكانية على خمسة محاور للتوسع خارج التجمع الرئيسى للقاهرة ، هى : المحور الغربى وهو طريق الاسكندرية الصحراوى ، والمحور الشمالى وهو طريق بلبيس الصحراوى ، والمحور الشرقى وهو طريق القاهرة السويس ، ثم يليه محور القاهرة القطامية العين السخنة ، ثم المحور الجنوبى وهو محور المعادى حلوان .

على انه ينبغى ادراك ان محاولة تحقيق اللامركزية وانتشار الكتلة الرئيسية للقاهرة الكبرى ، لن تعطى النتائج المرجوة مالم يصاحبها تنظيم شامل للاقليم ككل ، وعلى أن يسمح ذلك التنظيم الاقليمى بإيجاد تجانس فى الأوضاع والظروف المعيشية فى كافة انحاء الاقليم .

تجارب بعض الدول فى مواجهة التضخم العمرانى والسكانى

واجهت بعض الدول مشكلة معاناة عواصمها من ظاهرة التضخم العمرانى والسكانى – بالأخذ بأحد الأسلوبين الآتيين :

أولا : نقل العاصمة إلى مدينة جديدة :

لجأت بعض الدول الى علاج ظاهرة التضخم العمرانى والسكانى لعواصمها بنقل هذه العواصم الى مدن جديدة تبعد عن العاصمة القديمة بمسافات لاتسمح باتصال الامتداد العمرانى بين المدينتين ، وقد شهد هذا القرن عدة أمثلة لدول نقلت عواصمها الى مدن جديدة أعدت لذلك ، بناء على قرار سياسى ، ومن بين هذه الدول : البرازيل واستراليا ، وباكستان ، والتى عانت من خلل شديد فى توزيع سكانها ، حيث كان معظم السكان يتركزون فى مساحات محدودة مع وجود مساحات شاسعة غير مأهولة ، ومن ثم استدعت الحاجة ايجاد نوع من التوازن بإعادة

توزيع السكان وتوسيع مناطق العمران داخل كل منها . ومن أمثلة ذلك :

برازيليا (البرازيل)

تتكون البرازيل من اقليمين رئيسين شديدى التباين ، الاول الاقليم الساحلى ، وتتركز فيه الغالبية العظمى من الأنشطة الاقتصادية ، والثانى الاقليم الداخلى وهو أكبر مساحة ، وبه كثير من الموارد الاقتصادية غير المستغلة ، وتسكنه قلة من السكان ، وكانت العاصمة التاريخية للبرازيل هى مدينة " باهيا " التى ظلت مزدهرة لمدة طويلة بسبب زراعة قصب السكر التى كانت تتركز فى شمال شرق البرازيل ، ثم انتقلت العاصمه الى مدينة ريودى جانيرو بتحول النشاط الرئيسى من الزراعة الى التعدين . بحثا عن الماس ، فأصبحت ريودى جانيرو مركز الثروة ونقطة الدخول الى عمليات التعدين ، وفى عام ١٨٨٢ اقترح نقل العاصمة الى الداخل فى موقع متوسط بين الأنهار الثلاثة العظمى للبرازيل . وفى عام ١٩٦٠ انتقلت الحكومة المركزية الى هذه المدينة التى تم تخطيطها وبناؤها بسرعة لتكون العاصمة الجديدة . ولقد اعتمدت فكرة انشاء برازيليا على أسباب سياسية قوية لدولة تهددها الضغوط الناشئة عن عدم التوازن الاقليمى ، والذى نتج عنه صعوبة السيطرة الادارية ، هذا بالاضافة الى أن مدينة – ريودى جانيرو ، بالرغم من شخصيتها المميزة ، لم تعد تصلح مقرا للحكومة بسبب كثرة مشاكلها . وقد كان من أهداف نقل العاصمة الى داخل البلاد ، تنمية المناطق الجديدة لتتكامل بالتدريج مع المناطق التى قطعت شوطا فى مجال التنمية – وبالتالى تنمية الدولة ككل – بحيث تصبح قوة فعالة تسهم فى عملية التوزيع العادل للثروة القومية .

كانبرا (استراليا)

أما بالنسبة لاستراليا ، فحينما قررت الولايات الاسترالية الستة تكوين اتحاد فيدرالى عام ١٩٠٠ ، تقرر ايضا انشاء عاصمة جديدة لتكون مقرا للحكومة وبحيث تكون (رمزا ونقطة للتجمع الوطنى ومفخرة قومية) .

ورغم ان الضغوط الاقتصادية والاجتماعية فى استراليا فى ذلك الوقت (عام ١٩٠٠) لم تكن بنفس قوة الضغوط التى حدثت فى البرازيل أو باكستان ، الا أن انشاء عاصمة جديدة لهذه الدولة الفتية كان أمرا هاما يتعدى مغزاه مجرد انشاء مدينة جديدة الى خلق فكرة يمكن أن يتجمع حولها مواطنو الدولة الذين يعيشون فى مختلف المناطــق النائية ، وعلى هذا الاساس خططت " كانبرا " لتكون مركزا واحدا يتم فيه تركيز وتنسيق الجهود التى كانت موزعة من قبل على عواصم الولايات الستة ، والتى كانت مقرا للنشاط الاقتصادى والصناعى منذ نشأة هذه الولايات ، واستمر ذلك مدة طويلة حتى أنه فى عام ١٩٥٤ كان ٥٤٪ من سكان استراليا يعيشون فى هذه المدن الستة ، والتى كانت أصلا عواصم الولايات الاسترالية ، لذا فلم يكن عجيبا أن تحقق كانبرا فى تحقيق الآمال التى صممت من أجلها ، خلال الخمسين سنة الأولى ، فحينما أعلن اختيارها عاصمة عام ١٩١٢ لم تكن سوى قرية صغيرة ، الا أنه حتى عام ١٩٤٦ بدأت تلعب دورها القومى واستقرت بالفعل كمدينة حقيقية عام ١٩٥٨ .

وبوصفها العاصمة فقد اتخذت مقرا للبرلمان والادارات المركزية والمؤسسات العامة والخاصة ، والجامعة القومية والمكتبة القومية وأكاديمية العلوم وسائر المؤسسات التعليمية ، وأصبحت فى السنين الأخيرة عاصمة حقيقية لاستراليا .

اسلام أباد (باكستان) :

فى عام ١٩٤٧ حصلت الباكستان على استقلالها بانفصالها عن الهند وأصبحت دولة مستقلة رغم تكوينها جغرافيا من اقليمين منفصليــن (باكستان الشرقية وباكستان الغربية) . ونظرا للظروف الخاصة التى مرت بها عملية الانفصال فلم تكن هناك مدينة تصلح للقيام بالدور الادارى والثقافى الذى يليق بالعاصمة – بالاضافة الى الحاجة لخلق رمز جديد للاستقلال – لانشاء العاصمة الجديدة " اسلام أباد " التى استهدف منشؤوها على المدى البعيد تحقيق الأهداف التالية :

– أن تكون رمزا قوميا للدولة الجديدة .

– أن تخفف من المشاكل والضغوط التى تتعرض لها كراتشى ، مما

يمكنها من القيام بدورها بطريقة أكثر فاعلية وسهولة ، وذلك بوصفها المركز الصناعى والاقتصادى الرئيسى للباكستان .

– وجود مدينة جديدة يمكن أن تكون مثلا يحتذى فى تجديد المدن القائمة أو انشاء المدن الجديدة.

أما على المدى القريب فقد كان مستهدفا أن تصبح " اسلام أباد " مركزا لكثير من الأنشطة الادارية المتفرقة ، ولكى تكون مقرا للمركز القومى للثقافة والجامعة القومية للباكستان .

وساعد على سرعة اتخاذ قرار انشاء المدينة المشاكل التى كانت تعانيها " كراتشى " . لذلك فقد شهد عام ١٩٥٩ اجتماع اللجنة التى شكلت بقرار جمهورى لتحقيق هذه الفكرة .

وبالاضافة الى الأمثلة الثلاثة السابقة فان أنقرة يمكن أن تعتبر مثلا لعاصمة جديدة للدولة ، بنيت فى القرن العشرين ، ولكنها أصلا كانت مدينة قديمة ، ويمكن اعتبار الأسباب التى أدت الى نقل العاصمة من أسطنبول الى أنقرة ، شبيهة بالأسباب التى أدت إلى انشاء برازيليا لتكون عاصمة جديدة للبرازيل ، ألا وهى ايجاد مقر جديد للحكومة يكون له دلالة قومية ، بعيدا عن الضغوط التقليدية التى قد تعرقل عملية التحديث للدولة بأسرها ، بالاضافة الى المساهمة فى تحقيق عملية التنمية المتوازية .

ثانيا : الحد من التمركز فى العاصمة :

لجأت دول أخرى الى الحد من مشاكل عواصمها ، عن طريق العمل على الحد من التمركز السكانى والعمرانى بهذه العواصم ، وذلك بانشاء مناطق جذب حول العاصمة ، يكون من شأنها تحويل كافة الانشطة والصناعية والخدمية من داخل العاصمة الى مدن جديدة تنشأ حولها لهذا الغرض ، وتوفر لها كثيرا من المزايا التى تجعل منها مناطق جذب للأنشطة المختلفة ، ومن ثم للسكان ومن أمثلة ذلك : لندن ، وباريس .

لندن : كان من نتيجة كثرة مشاكل مدينة لندن – مثل تكدس الأنشطة وكثرة عدد المرتحلين الى أعمالهم يوميا – أن تم إعداد مخطط عام ١٩٤٤ لتخفيف العبء عن المدينة ، وذلك بإقامة ثمان مدن جديدة حولها خارج ماسمى بالحزام الأخضر ، لامتصاص الزيادة السكانية واجتذاب المهاجرين الى العاصمة ، بالاضافة الى الحد من انشاء صناعات جديدة فى لندن أو التوسع فى الصناعات القائمة . واستكمالا لهذه السياسة ، تقرر اتباع سياسة اقتصادية أكثر فاعلية فى الاقاليم الأخرى للدولة ، وتوفير امكانات النمو للمدن القائمة ، بحيث يساعد ذلك فى تخفيف الضغط على العاصمة . وكان من نتائج هذه السياسات ان استقر وثبت حجم لندن بعد أن كانت تنمو بمعدلات كبيرة.

باريس : تبين من احصائيات ١٩٦١ مدى تردى الظروف المعيشية فى مدينة باريس ، ويرجع السبب فى ذلك الى بعض الأخطاء التخطيطية ، بالاضافة الى التركيز الشديد للأنشطة ، وكانت أهم المشاكل : تكدس السكان ، وارتفاع نسبة الازدحام فى الغرف ، بالاضافة الى وجود كثير من المساكن غير المتصلة بالمرافق . وقد قدرت الوحدات السكنية المطلوبة لمواجهة الزيادة السكانية وتحسين الاحوال بحوالى ٧٥.٠٠٠ وحدة سنويا ، كما ظهرت مشكلة قصور الخدمات فى أطراف المدينة نتيجة تمركزها فى منطقة الوسط . وقد اتبعت سياسة اللامركزية الصناعية منذ عام ١٩٤٩ ، بتحويل الأنشطة الى خارج المدينة ، واعطاء منح وحوافز لكل من يحول أى نشاط صناعى الى استعمال سكنى أو مدرسة . وكان لهذه الاجراءات اثر واضح فى الحد من مشكلات المدينة ، بالاضافة الى انشاء خمس مدن جديدة حول العاصمة ، الى جانب الامتدادات المخططة لاستيعاب الزيادات السكانية .

الخلاصة :

وتخلص معطيات الدراسة فى : أن مشكلة القاهرة الأساسية ، وهى الزيادة السكانية ، ترجع الى عاملين أساسيين هما :

. الزيادة الطبيعية : وتبلغ حوالى ٢٥٠.٠٠٠ نسمة سنويا .

. الهجرة الداخلية : وتبلغ حوالى ١٠٠.٠٠٠ نسمة سنويا .

وبالنسبة للزيادة الطبيعية ، فتبذل الجهود على كافة المستويات لتنظيمها ، أما بالنسبة للهجرة فهناك دراسات كثيرة أجريت حولها . ومع ذلك فإن الأمر يقتضى تحديد ماياتى : –

. دوافع وأسباب الهجرة ، وأهمها الظروف التى تدفع المهاجر للقدوم الى القاهرة .

. دراسة التجارب العالمية لوضع استراتيجية لمواجهة الهجرة المستمرة ، سواء على المدى البعيد أو المدى القريب .

ولاشك أن لتركيز الانشطة الادارية دورا كبيرا فى تكدس العاصمة ، بالاضافة الى مراكز تجارة الجملة والمصانع والفنادق والمنشآت الثقافية والتعليمية والترفيهية . وتحتل الوزارات والمصالح الحكومية والأنشطة التجارية منطقة وسط المدينة ، وتتسبب بذلك فى إرباك حركة المرور بشكل واضح خاصة فى أوقات الذروة ، الأمر الذى يدفع الى التفكير الجاد فى ضرورة نقلها الى مراكز المدن الجديدة ، أو مراكز ادارية جديدة مرتبطة بهذه المدن ، تحقيقا لفكرة اللامركزية .

وتشير بعض اتجاهات الرأى العام إالى ضرورة الابقاء على مدينة القاهرة عاصمة سياسة لمصر ، وذلك لأسباب متعددة ، يأتى فى مقدمتهـا :

. موقع القاهرة الاستراتيجى المتميز بتوسطه للبلاد .

. تراث القاهرة التاريخى والحضارى الضخم الذى ورثته على مدى عصور التاريخ ، ويندر أن تتمتع بمثله مدينة أخرى فى العالم .

ولكن الضروة تستدعى - مع هذا - العمل بحزم وسـرعة على مايأتى :

. منع النمو العشوائى للمدينة ، وايقافه عن حد معين دون توسعات جديدة .

. التصدى للزيادة السكانية فى المدينة وما يترتب عليها من مشكلات كثيرة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات مستفيضة تناولت بالتفصيل المشكلات التى تعانى منهـا " القاهرة الكبرى " وكذلك على ضوء دراسات المجلس السابقة بشأن موضوعات : الاسكان والتعمير والسياسة السكانية ، والتنمية الاقليمية ، استقر رأى المجلس على أن تتم مواجهة هذا الموضوع من خلال سياستين :

. سياسة عاجلة : وتهدف الى التخفيف عن القاهرة بإحداث نوع من الخلخلة فى أحيائها المزدحمة .

. سياسة طويلة المدى : وتهدف الى انشاء مقر ادارى للدولة خارج القاهرة الكبرى .

وبناء على جميع ماسبق يوصى المجلس بما يأتى :

أولا : فى شأن السياسة العاجلة :

* سرعة رفع الأعباء عـن كاهل : القاهـرة بإحـداث نوع مـن " الخلخلة " فى أحيائها المزدحمة بالسكان ، وذلك عن طريق الاجراءات الآتية :

- عدم الترخيص بانشاء مبان أو منشآت ذات ارتفاعات معينة داخل المدينة للتخفيف من الازدحام .

- حظر انشاء اسكان ادارى جديد للحكومة أو القطاع العام داخل القاهرة .

. نقل كل الأنشطة التى لايتحتم بقاؤها فى القاهرة مثل الورش والمحلات المقلقة للراحة وأماكن التخزين وتجارة الجملة خارج القاهرة الى المدن الجديدة المحيطة بها مثل مدينة ٦أكتوبر ومدينة العبور والعاشر من رمضان وغيرها .

- النظر فى نقل محطة سكك حديد مصر من ميدان رمسيس الى شبرا الخيمة أو أى منطقة أخرى خارج المدينة للتخفيف عن منطقة وسط المدينة ، ويمكن أن تكون محطة شبرا الخيمة فى هذه الحالة مثل محطة سيدى جابر بالنسبة لمدينة الاسكندرية ، ويكون هناك طريق دائرى يتجه شرقا الى مصر الجديدة وغربا الى الجيزة . وعلى أن تكون - أيضا - محطة الجيزة هى نهاية خط سكك حديد الوجه القبلى .

- نقل الثكنات العسكرية التى تقع داخل الكتلة السكنية وكذلك جميع بلوكات الأمن والسوارى والخيالة والأمن المركزى وترحيلها الى الصحراء خارج المدينة .

. نقل الجبانات والمرافق التى أصبحت تحيط المبانى من كل جانب الى صحراء مدينة نصر خارج الكتلة السكنية فورا للاستفادة من مساحتها فى اعادة التخطيط الاسكانى لجزء حيوى فى القاهرة وانشاء الأحياء وزيادة المساحات الخضراء لحماية العاصمة من التلوث .

– العمل على تجميع الأنشطة الادارية والخدمية المتكاملة أو المرتبطة ببعضها فى مكان واحد لتسهيل أداء الخدمة .

– تنفيذ مشروعات الكبارى والأنفاق ومترو الأنفاق وكافة المرافق والخدمات التى تقوم على خدمة المدينة ، دون أى منشآت أخرى لاتدعو الضرورة لوجودها بالقاهرة .

– سرعة الانتهاء من إعداد وتنفيذ مشروع التخطيط العمرانى لمدينة القاهرة لمعالجة المشاكل الناجمة عن عدم التخطيط .

* الحد من الهجرة الداخلية الى القاهرة الكبرى عن طريق مايلى :

– بذل الجهود المكثفة لتنمية الريف للتخفيف من حدة عوامل الطرد وذلك عن طريق الارتفاع بمستوى الخدمات فى الريف كما وكيفا ، والاهتمام برفع انتاجية الفلاح المصرى ، ونشر الصناعات الصغيرة والبيئية فى الريف مع ضرورة القضاء على الأمية لتحقيق هذه الأهـــداف .

– الاهتمام بتخطيط وتنمية المدن متوسطة الحجم ، وهى عواصم المحافظات ، وكذلك المدن الصغيرة وهى عواصم المراكز ، وذلك لتتحول هذه المدن الى أقطاب جذب محلية تخفف من الهجرة الى القاهرة ، وهذا يتطلب ضرورة الاتجاه الى التخطيط الاقليمى لربط هذه المدن بأقاليمها ، ويمكن أن يكون تقسيم مصر الى أقاليم تخطيطية خطوة على هذا الطريق .

– الاسراع فى الانتهاء من تنفيذ المدن التوابع والمستوطنات الجديدة حول اقليم القاهرة الكبرى ، ومنح تيسيرات للحصول على الأراضى فى هذه المدن ، وتشجيع البناء واقامة المشروعات فيها ، وتوفير المزيدمن فرص العمل بها ، وربطها بشبكة النقل القومية ، مما يسهم فى تعديل مسار حركة الهجرة الداخلية فى مصر .

– اعلان القاهرة منطقة مغلقة أمام أى توسعات صناعية فى المصانع القائمة أو أى انشاءات صناعية جديدة ، وتشجيع انتقال المصانع التى انتهى العمر الافتراضى لآلاتها وبنيتها الأساسية ، خارج اقليم خارج القاهرة الكبرى الى المدن الصحراوية مع توزيع الصناعات الجديدة على هذه المدن ، دعما للاستقرار بها ، وللحد من الهجرة الى القاهرة .

* الاهتمام بحل مشاكل النقل والمرور داخل اقليم القاهرة الكبرى عن طريق الآتى :

– الاسراع فى انشاء الطريق الدائرى ، المخطط لانشائه ، حول الكتلة العمرانية الرئيسية للقاهرة الكبرى بحيث يكون من شانه ابعاد حركة المرور الاقليمى المخترق للكتلة السكنية وتوزيع المرور الاقليمى القادم الى القاهرة الكبرى على المداخل المناسبة . والتوسع فى انشاء طرق شريانية رئيسية خلال التجمع الحضرى تساعد الطريق الدائرى على أداء وظيفته على نسق طريق أوتوستراد حلوان – بمدينة نصر .

* وضع تخطيط لقطاع النقل داخل اقليم القاهرة الكبرى يحقق المزايا التالية :

– المساعدة على تحقيق عدم التمركز وانتشار التجمع الحضرى نحو تجمعات عمرانية جديدة تقع خارجه وذلك بتدعيم شبكة الطرق الاقليمية .

– تحسين فعالية وديناميكية الاداء الوظيفى للتجمع العمرانى الحالـــى ، وحتى يتحقق ذلك يلزم اتباع مايلى :

– تخفيض الاحتياجات الخاصة بالنقل ، وذلك باعادة تنظيم التجمع العمرانى الرئيسى فى قطاعات متجانسة ومتكاملة تيسر أداء المصالح والخدمات المختلفة دون الانتقال من مكان لآخر .

– زيادة طاقة وكفاءة وسائل النقل العام بحيث تجذب الركاب ، مما يقلل الحاجة الى استعمال وسائل النقل الخاص .

– اعادة توزيع تيارات تدفق المرور بايجاد وتنمية شبكة متدرجة من الطرق من حيث الكفاءة والنوعية .

– وضع بعض القيود على حركة المرور ووسائل النقل الخاصة فى بعض مناطق القاهرة الكبرى وبخاصة منطقة وسط القاهرة .

– الحفاظ على البيئة وحمايتها من التلوث عن طريق الآتى :

. توفير الضمانات لسلامة موارد المياه السطحية والجوفية التى تستخدم فى الشرب وذلك بالتنسيق الكافى بين الجهات المعنية بمصادر

هذه المياه والاهتمام بعمليات التعقيم في الغسيل الدوري لخزانات المياه العلوية للاطمئنان الى عدم تلوثها واستمرار توافر المواصفات ومطابقتها للمعايير الصحية .

– مراعاة الحزم في تطبيق وتنفيذ أحكام القانون رقم ٩٣ لسنة ١٩٦٢ ، والخاص بصرف المخلفات السائلة ، فيما يتعلق بمعالجة تلك المخلفات قبل صرفها في المجاري المائية على مختلف أنواعها.

* العمل على خفض منسوب المياه الجوفية للتخلص من مياه الرشح أو تخفيضها ، لما في ذلك من أثر على الصحة العامة .

* التخلص من نفايات المصانع والقمامة بطرق حديثة تستهدف حماية البيئة وذلك بتحويلها الى سماد عضوي وغازات تستخدم في الوقود ، أو بالردم في المناطق الصحراوية بعيدا عن العمران .

* دراسة أنسب الأساليب للحد من تلوث الهواء الناجم عن عادم السيارات والمركبات داخل العاصمة نتيجة الازدحام واختناق المرور وكذلك التلوث الشديد في المناطق الصناعية ، مثل منطقة حلوان وشبرا الخيمة .

* العمل على زيادة المساحات الخضراء داخل الكتلة السكنية للمدينـة ، وغرس غابات على طول حدود القاهرة الشرقية تكسو تلال المقطم وما وراءها . وهذا المشروع فضلا عن فوائده الاقتصادية فانه يكفل وقاية العاصمة وضواحيها من الأتربة والرمال التي تهب عليها في موسم الرياح الخماسينية كل عام ، وتزيد من نسبة أمراض العيون والصدر .

ثانيا : في شأن السياسة طويلة المدى :

* انشاء مقر ادارى للدولة خارج نطاق القاهرة الكبرى ، تنقل اليه الوزارات والمصالح والمنشآت الآتية :

. الوزارات والمصالح والأجهزة الخدمية المركزية ، ووحدات القطاع العام ، وكافة الوحدات التي يمتد عملها ليشمل أقاليم أخرى غير اقليم القاهرة .

. المنشآت والهيئات والأنشطة التي لاتستدعي الضرورة بقاءها في القاهرة ، مثل الكليات العسكرية ، وكلية الشرطة .

– أن يتم ذلك تدريجيا خلال فترة زمنية مناسبة ، ويقترح أن تكون أربعين سنة ، أي حتى عام ٢٠٢٥ .

– يراعى في تخطيط المقر الجديد ، أن تجمع في مكان واحد كل الأنشطة التي يرتبط عملها أو تتكامل خدماتها ، وذلك لتيسير أداء الخدمات وتبسيط الاجراءات الادارية .

– تبقى القاهرة عاصمة سياسية للبلاد ، وتضم :

. كافة أجهزة رئاسة الجمهورية ، ووزارات السيادة ، ومجلس الشعب والسفارات ومقار البعثات الدبلوماسية .

. الأجهزة المحلية القائمة على خدمة القاهرة الكبرى فقط.

– وقف اقامة أية منشآت ادارية في القاهرة غير تلك التي يلزم وجودها في العاصمة السياسية ، أو التي تخدم المدينة .

– يتم تنفيذ ماعدا ذلك من الانشاءات الجديدة في المقر الادارى الجديد.

. يتم اختيار الموقع الجديد – كمقر ادارى للدولة – بعد دراسة وتقييم البدائل المختلفة لهذا الموقع ، وذلك على ضوء الاحتياجات والموارد والعلاقات مع أقاليم الدولة المختلفة والتي تستلزم مايأتي :

. أن يكون شكل وموقع المقر الجديد ملائما لوظيفته.

. ألا تقل المسافة بينه وبين القاهرة عن مائة كيلومتر ، حتى لايصبح المقر الادارى أحد ضواحيها ، اذ يمتد عمرانه ليلتحم معها ، كما حدث بالنسبة لمدينة نصر .

* أن تراعى ، في تحديد موقع المقر الادارى الجديد ، الاعتبارات الاتية :

. القرب من النيل ، أو أي مصـــــدر آخر دائم من مصادر المياه العذبة .

. البعد عن الرقعة الزراعية ، بحيث لايمتد اليها مستقبلا .

.القابلية للامتداد في الصحراء الغربية ، للتوسع الحالي والمستقبلـــي .

.القرب من المصادر التموينية والغذائية .

. السهولة في المواصلات والاتصالات .

. الارتباط بأقاليم الدولة الأخرى بشبكة مناسبة من الطرق .

. توافر وسائل الأمن العسكرى .

* النظر فى امكان انشاء المقر الجديد فى أحد المناطق الآتية :

- أى موقع صحراوى يوفر أكبر قدر من حرية التخطيط العمرانى ، بشرط أن يكون على مسافة من الوادى ، لضمان مصدر مباشر للمياه ، مع سهولة الاتصال بشبكات الخدمات القائمة فعلا ، مثل : الطرق والسكك الحديدية ، وخطوط الكهرباء والتليفونات .

. أى مدينة مناسبة من المدن الجديدة الجارى انشاؤها ، أو القائمة المكتملة المرافق ، وذلك اقتصادا فى التكاليف الباهظة التى يتطلبها انشاء المدن الجديدة .

* أن يتم - قبل تحديد السمات الرئيسية للموقع الجديد - تجميع أكبر قدر من المعلومات عن منطقته ، مثل الخصائص الطبيعية والمناخية وطرق المواصلات ومصادر المياه والطاقة وطبيعة التركيب الاقتصادى والاجتماعى للمنطقة ، ثم علاقة ذلك كله بالاقتصاد القومى ، وما يتطلبه ذلك من مرونة فى تخطيط الموقع ، حتى يمكن تعديل التخطيط بسهولة استجابة لما تتطلبه الاحتياجات المستقبلية .

* إعداد دراسات مسبقة عن التنمية الشاملة للموقع ، والاحتياجات من الأراضى والمرافق والخدمات المختلفة وحركة المرور المتوقعة ، وجميع المشكلات المحتملة .

* الاهتمام ، بصفة خاصة ، بما يتطلبه المقر الجديد من :

- التنمية الزراعية حول المدينة ، وقد يستدعى الأمر انشاء بعض القرى التابعة لتحقيق الأمن الغذائى لسكان الموقع .

- توفير المواد الخام للصناعات الزراعية المحتملة ، تخفيفا من خشونة الصحراء حول المدينة ، وفى هذا المجال يمكن الاستفادة بمياه الصرف الصحى لتحقيق توسع زراعى .

- الحدائق والمساحات الخضراء داخل المدينة .

- حماية البيئة من التلوث .

* أن يكون الشكل المعمارى للموقع الجديد ، ذا طابع مميز يتفق عليه ، بحيث تبدو المدينة فى طراز معمارى متناسق يساير ظروف الحياة العصرية .

* مواجهة المشكلات المحتملة بالنسبة لنقل العاملين الى المقر الجديد ، عن طريق توفير الظروف الملائمة لاقامتهم الدائمة بهذا المقر ، بحيث تعوضهم عن ارتباطاتهم المختلفة بالقاهرة ، ومع ذلك يحسن البدء بمايأتى :

- أن يبدأ بنقل العاملين حديثى التخرج ، والذين يجذبهم وجود المسكن المناسب فى المدينة الجديدة .

- أن تتم التعيينات الجديدة بالوزارات والأجهزة المختلفة على مقراتها المستحدثة بالمدينة الجديدة .

* الترغيب فى الاقامة بالمقر الجديد عن طريق الاجراءات ووسائل الجذب المختلفة والتى تكفل تحقيق مايأتى :

- توفير الأراضى اللازمة للمنشآت والخدمات بأسعار معتدلة .

- منح تسهيلات فى تملك الأراضى اللازمة للبناء

- منح امتيازات ومزايا فى الأجور للعاملين فى الموقع الجديد.

- توفير الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية .

- انشاء جامعة فى المقر الجديد على أن يبدأ بانشاء كلية للتربية لتخريج المدرسين اللازمين للعمل فى الموقع .

- توفير المواد الغذائية والتموينية .

- ربط الموقع الجديد مع القاهرة بشبكة من الطرق والمواصلات البرية والجوية والمواصلات السلكية واللاسلكية .

- منح امتيازات فى الضرائب للمقيمين فى المقر الجديد .

* يلزم توفير التمويل اللازم لتنمية المقر الادارى الجديد سواء كان ذلك بتمويل منفرد أو مشترك من الحكومة أو بنوك التنمية أو القروض والمنح الأجنبية ومؤسسات الأمم المتحدة على أن يكون السداد - فى حالة القروض - بعد فترة سماح مناسبة ولأطول مدى زمنى ممكن .

* البدء فورا - عند الموافقة من حيث المبدأ على هذه الاجراءات - فى عمل الدراسات التفصيلية اللازمة للتنفيذ.

مع وضع جدول زمنى من الآن وحتى عام ٢٠٢٥ - أى لمدة أربعين عاما - تلزم به جميع الجهات المختصة .

مشكلة الاسكان ووسائــــل مواجهتهـــا

لاشك أن مشكلة الاسكان تأتى فى مقدمة المشكلات التى تواجه العمل الوطنى فى الوقت الحاضر ، وذلك على الرغم من الجهود المتتابعة التى بذلت لمواجهتها - سواء من ناحية الدراسات العلمية ، أو الحلول العملية - ومازالت هذه المشكلة تلقى بظلالها على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لفئات كثيرة من الشعب وخاصة الشباب الذين يتطلعون الى تكوين أسر جديدة .

وازاء استمرار تفاقم المشكلة ، قام المجلس باستكمال تلك الدراســات ، وانتهى الى التقرير الذى تعرض خلاصته الموجزة على هذه الصفحات ، على أن يشفعه بتقرير نهائى ، يشارك فيه المجلس للانتاج ، لمواجهة مشكلة الاسكان من جوانبها الاقتصادية والتمويلية .

فى حجم المشكلة :

يتمثل الجانب الرئيسى لمشكلة الاسكان ، فى عدم وفرة المعروض من الوحدات السكنية لمقابلة الطلب عليها ، سواء من ناحية الكم أو من ناحية النوع ، ويرجع ذلك أساسا الى أن الاستثمارات التى تنفذ فى مجال الاسكان لاتتناسب ، من ناحية الحجم أو النوعية ، مع ماهو مستهدف منها .

ويقودنا ذلك الى ضرورة دراسة الموقف الحالى للاستثمار فى مجال الاسكان ، سواء بالنسبة لحجمه أو نوعه ، أو للجهات الرئيسية التى تقوم به ، والظروف المحيطة بكل منها ، والعوامل التى تؤثر فى توجيهه .

وأهم الجهات القائمة على نشاط الاستثمار فى الاسكان هى الحكومة ممثلة فى أجهزة الحكم المحلى وشركات القطاع العام ، بالاضافة الى القطاع الخاص والتعاونى .

ورغم أن خطة التنمية الخمسية الجارى تنفيذها حاليا ومنذ عام ١٩٨٣/٨٢ قد حددت مايتم تنفيذه من وحدات سكنية عن طريق القطاع الخاص بنحو ٩٤٪ من المستهدف ، فان نتائج المتابعة توضح أن المساهمة الفعلية لهذا القطاع لم تتجاوز بالفعل نسبة ٨٠ ٪ ، بينما قام القطاع الحكومى والعام بتغطية النسبة ٢٠ ٪ الباقية ، علما بأن الجزء الأكبر مما يقوم القطاع الحكومى والعام بتنفيذه يتم بتمويل من مدخرات القطاع الخاص .

ويوضح الجدول المبين على الصفحة التالية حجم ماتم تنفيذه من وحدات سكنية بمستوياتها المختلفة ، بواسطة كل من القطاعين العام والخاص ، خلال السنوات من ٨٢ / ١٩٨٣ حتى ٨٤ /٨٥ .

واذا استعرضنا حجم مشكلة الاسكان بمصر وامكانات الحكومة والأجهزة المحلية بالنسبة لها ، يبدو جليا أن هذه الامكانات قاصرة عن الوفاء بمتطلبات مواجهة المشكلة مواجهة حقيقية وفعالة ، فلاشك أن أعباء الحكومة المتعددة لا تمكنها من المساهمة فى اقامة الوحدات السكنية الا فى حدود ضيقة ، خاصة اذا أخذنا فى اعتبارنا حجم الأعباء الضخمة التى تتحملها الحكومة فى تنفيذ واجباتها الرئيسية لتوفير المرافق الأساسية اللازمة للاسكان .

ومن الجدير بالذكر أن ماوجه من استثمارات للاسكان فى خطة عام ٨٥ /١٩٨٦ بلغ ٩٤٦ مليون جنيه - بهدف اقامة نحو ١٧٥٠٠٠ وحدة سكنية - بينما خصص للمرافق العامة التى تخدم المدن القائمة والامتدادات العمرانية الجديدة نحو ٦٠٠ مليون جنيه .

بيان بالوحدات السكنية التى تم تنفيذها خلال السنوات الثلاث الأولى من الخطة الخمسية ٨٢ – ١٩٨٧

	١٩٨٣/٨٢				١٩٨٤/٨٣				١٩٨٥/٨٤				اجمالى		
	عام	خاص	جملة	النسبة المئوية	عام	خاص	جملة	النسبة المئوية	عام	خاص	جملة	النسبة المئوية	عام	خاص	اجمالى عام
الاقتصادى	٣٠١٦٤	٦٢٦٧٧	٩٢٨٤١	٥٥	٣٠٧١٦	٦٧٦١٠	٩٨٣٢٦	٦٠.٧	٣١٤٦٨	٧٧٩٨٠	١٠٩٤٤٨	٦٤.٢	٩٢٣٤٨	٣٠٨٢٦٧	٣٠٠٦١٥
المتوسط	١٨٥١	٤٤٧٧١	٤٦٦٢٢	٢٧.٧	١٥٩٧	٣٥٩٧٠	٣٧٥٦٧	٢٣.٢	١١٠٩٤	٢٨٠٤٠	٣٩١٣٤	٢٣	١٤٥٤٢	١٠٨٧٧٨٣	١٣٣٣٢٣
فوق المتوسط	٥٣٠	٢٠٢٥٣	٢٠٧٨٣	١٢.٣	٤١٠	١٧٨٨٨	١٨٢٩٨	١١.٣	١٣٥٥	٨٦٨٧	١٠٠٤٣	٦	٢٢٩٥	٤٦٨٢٨	٤٩١٢٣
الفاخر	١٠٠	٨٢٣١	٨٣٣١	٥	٢٦٨	٧٥١٨	٧٧٨٦	٤.٨	٢٣	١١٦٣٨	١١٦٦١	٦.٨	٣٩١	٢٧٣٨٧	٢٧٧٧٨
الاجمالى	٣٢٦٤٥	١٣٥٩٣٢	١٦٨٥٧٧	١٠٠	٣٢٩٩١	١٢٨٩٨٦	١٦١٩٧٧	١٠٠	٤٣٩٤٠	١٢٦٣٤٥	١٧٠٢٨٣	١٠٠	١٠٩٥٧٦	٣٩١٢٦٣	٥٠٠٨٣٩
النسبة													٣١.٩	٧٨.١	١٠٠٪

ولاشك أن الأمر يتطلب أن توجه الحكومة ثقلها الرئيسى نحو تدبير الأراضى الصالحة للاسكان ، مع الاهتمام بتزويدها بالمرافق الأساسيـة ، وتوجيه الجزء الأكبر من استثماراتها نحو هذا الهدف ، حيث أن القصور فى المرافق مازال ملموسا ، سواء لمواجهة احتياجات الكتل العمرانية الحالية أو الامتدادات الجديدة .

باستعراض هياكل أجهزة القطاع العام ، نجد أنها تنقسم الى نوعين · الأول وهو مايهدف أساسا وفقا لطبيعة نشاطه وأغراضه لتحقيق أكبر قدر ممكن من العائد ، كشركات التأمين وهيئة الأوقاف ، وبالتالى فإن دورها فى مجال حل مشكلة الاسكان لمحدودى الدخل ، يكاد يكون محدودا للغاية ، إذ أن نشاطها يوجه لخدمة نوعية معينة من المنتفعين القادرين .

أما النوع الثانى كشركات الاسكان وغيرها من شركات القطاع العام الأخرى كالشركات الصناعية ، فان نشاطها فى مجال الاسكان ينبغى أن يستهدف تحقيق سياسة الدولة فى مواجهة مشكلة الاسكان لمحدودى الدخل ، ويتعين أن يكون لها دور أكبر فى هذا المجال . وفى هذا الصدد ينبغى أن توجه شركات الاسكان الى تركيز جهودها على أغراض التعمير بهدف توفير الأراضى اللازمة للاسكان ، وتوجيه شركات القطاع العام الأخرى لتنفيذ مشروعات سكنية لخدمة العاملين بها طوال خدمتهم باستخدام اعتمادات الخدمات المحلية والمركزية وحصة العاملين فى الأرباح .

من هذا الاستعراض يتضح أن جهود الحكومة والقطاع العام فى اقامة الوحدات السكنية سوف تكون محدودة ، ومن هنا ينبغى أن نضع فى اعتبارنا أن مواجهة مشكلة الاسكان بشكل حاسم سوف يقع أساسا على عاتق القطاع الخاص ، ويكون واجب الحكومة هو المعونة والمساعدة – وخاصة بالنسبة لاسكان العاملين بها طوال خدمتهم – بالاضافة الى مشروعات المرافق العامة ، وتهيئة الاراضى اللازمة للاسكان ، وقنوات التمويل ، وتوفير مواد البناء اللازمة ، بالاضافة الى تدعيم قطاع المقاولات وتنظيمه .

أما القطاع الخاص العامل فى مجال الاسكان فيمكن تقسيمه الى نوعين :

أولا : المستثمرين الذين يقيمون المشروعات لمنفعة الغير بغرض تحقيق عائد مجزل لاستثماراتهم ، وكانوا يمثلون حتى الستينات الغالبية العظمى من المستثمرين فى مجال الاسكان ، الا أن نسبتهم قد انخفضت منذ ذلك الوقت انخفاضا كبيرا ، وانتشرت ظاهرتا التمليك وخلو الرجل . ولعل جانبا من احجام المستثمرين الجادين عن استخدام مدخراتهم فى هذا المجال يرجع الى اختلال العلاقة بين المالك والمستأجر وفقا لقوانين الاسكان الحالية .

ثانيا : القطاع الخاص الذى يستثمر مدخراته لاقامة وحدات سكنية لاستخدامه الخاص ، كالجمعيات التعاونية والأفراد ، وهذا النوع يتعين توسيع نشاطه وتشجيعه للاعتماد عليه فى حل جانب كبير من المشكلة .

فى مظاهر وأسباب المشكلة :

تتعدد مظاهر مشكلة الاسكان وتتنوع أسبابها تبعا لكثير من الظروف المختلفة ويمكن ايجاز ذلك فيما يأتى :

– صعوبة الحصول على الأراضى المزودة بالمرافق بسعر مناسب ، ويرجع ذلك بصفة أساسية للقصور فى الاستثمارات التى تخصص لاعمال المرافق الخارجية .

– حدوث آثار سلبية – نتيجة الاختناقات فى مواد البناء فى الفترة السابقة – أدت الى احتدام الأزمة .

– كثرة عدد المساكن التى لم تستكمل لأسباب مختلفة ، فى كثير من محافظات الجمهورية ، وعلى الأخص فى الجيزة والقاهرة والاسكندرية . وهناك تقدير مبدئى يصل بعدد الشقق غير المستكملة الى حوالى مائة ألف شقة ، تقدر قيمتها بنحو ثلاثة مليارات من الجنيهات ، منها نسبة كبيرة من العملات الصعبة ، متمثلة فى تكاليف مواد البناء المستوردة .

مع ملاحظة عزوف المحليات عن استعمال حقها القانونى فى الزام

الملاك باستكمال بناء المساكن .

– شيوع استخدام عبارة الاسكان المنخفض التكاليف ، فى الآونة الأخيرة ، كتعريف للاسكان الاقتصادى الطبقات محدودة الدخل ، وقد أوجد هذا التعبير لدى القيادات والمصممين اتجاها الى خفض تكاليف انشاء هذا النوع من الوحدات الى أقل حد ممكن ، دون اعتبار لدى كفاءة المنشأ ومتانته ، وذلك عن طريق استخدام مواد البناء الرخيصة ، وقد نتج عن هذه السياسة أن أقيم العديد من المشروعات لاسكان محدودى الدخل لم تلبث الا بضع سنوات حتى ساءت حالتها . وعلى سبيل المثال ، فاننا نلحظ أن استخدام أنواع رخيصة من الأدوات الصحية كان فى كثير من الأوقات سببا فى تقصير العمر الافتراضى للعديد من الوحدات السكنية التى تم تنفيذها فى الستينات والسبعينات ، فى حين أنه توجد بعض وحدات الاسكان الشعبى التى مضى على اقامتها مايقرب من الخمسين عاما ومازالت فى حالة جيدة نظرا لجودة المواد والمهمات التى استخدمت فى انشائها .

وذلك الى جانب عدم الاهتمام بصيانة المبانى ، بوجه عام ، مما ينقص من عمرها ويؤثر على مظهرها ورونقها ، ويهدر الثروة القومية فى مجال الاسكان .

– عجز جهاز المقاولات عن انجاز المهمات الاسكانية على الوجه المطلوب وفى الوقت المناسب .

ويلاحظ فى هذا الصدد ، بالنسبة لشركات القطاع العام ، تزايد المشكلات وتفاقمها ، دون أن تواجه بالحزم الذى يقتضيه دورها الهام الموكول اليها فى حل مشكلة الاسكان . ويبرز فى هذا المجال مايأتى :

. أن الموازنة التخطيطية لهذه الشركات لاتتناسب ، فى أغلب الأحوال ، مع طاقتها الانتاجية لأسباب شتى منها : النقص فى العمالة الفنية ، وعدم مسايرة التطورات التكنولوجية ، والنقص فى الآلات والمعدات الحديثة .

. أن كثيرا من هذه الشركات تبادر لتعويض العجز فى السيولة المالية الى التقدم للحصول على أعمال جديدة ، عن طريق المناقصات العامة ، دون أن تسبقها دراسات جادة وسليمة للجدوى ، وقد أدى ذلك الى التزامها بتنفيذ عدد كبير من المشروعات بأقل من تكلفتها الفعلية ، ممازاد فى خسائرها من ناحية ، وتأخير هذه المشروعات من ناحية أخرى .

– وجود نقص كبير ومتزايد فى العمالة الفنية اللازمة لقطاع البناء والتشييد ، مع عدم كفاية الجهود المبذولة لمواجهة هذا النقص.

– ثبات أوضاع الحدود الادارية لبعض المحافظات ، منذ مدة طويلة ، مما يعوقها عن الامتداد الى الصحراوات المجاورة ويمثل ذلك عقبة هامة فى سبيل حل مشكلات الاسكان بها .

– تعقد المشكلات فى كثير من الأحيان ، بالنسبة للعلاقة بين المالك والمستأجر .

– كثرة الصعوبات والعقبات الادارية وخاصة فى مجال استصدار تراخيص البناء .

– شكوى البنوك العقارية مما يقضى به القانون السارى حاليا ، من تحويل المالك الى مستأجر فى حالة نزع الملكية ، بسبب عدم سداد أقساط الثمن ، مما يؤثر على الائتمان بواسطة هذه البنوك .

فى سبل مواجهة المشكلة :

اذا كانت مشكلة الاسكان بحجمها وأبعادها المختلفة تستلزم تضافر جهود جميع الجهات المعنية : البحثية ، والتخطيطية ، والتنفيذيـــة ، حتى يمكن وضع الحلول الحاسمة لها ، فإنه يمكن – من خلال استعراض الأوضاع الراهنة للاسكان – الاتجاه الى الأخذ بخطوات عملية ، تعتبر بمثابة مدخل مبدئى فى سبيل مواجهتها ، وذلك على النحوالآتى :

فى شأن أراضى البناء : اذا كانت أهم المشكلات التى تعترض الراغبين فى بناء وحدات سكنية هى صعوبة الحصول على الأراضى المزودة بالمرافق بسعر مناسب ، فان المدخل الى حل هذه المشكلة يمكن

أن يكون عن طريق :

– التنسيق بين الحكومة ممثلة فى وحدات الحكم المحلى وهيئات وشركات الاسكان بالقطاع العام ، وهى المنوط بها أصلا عمليات التعمــير ، لكى تقوم بالاسراع بتخطيط الأراضى التى تملكها وتقع فى كردون المدن ، وتقسيمها الى قطع مناسبة من حيث المساحة لمختلف أنواع الاسكان ، وتزويد التقاسيم بالمرافق الخارجية والداخلية والخدمات اللازمة ، وتحديد ثمن البيع المناسب لها بحيث تغطى جميع التكاليف الفعلية للمرافق على الأقل ، مع مراعاة تحميل الأراضى المخصصة للاسكان فوق المتوسط والفاخر بجزء من تكاليف المرافق للأراضى المخصصة للاسكان الاقتصادى والمتوسط ، وعرضها للبيع للجمعيات التعاونية والأفراد ، مع وضع الضوابط الحازمة التى تمنع المضاربة وتشجع على الاسراع فى البناء ، وبذلك ينكمش دور القطاع الخاص فى الاتجار بالأراضى . وسينتج عن ذلك انخفاض الأسعار عموما ، حيث يمكن أن يصل سعر البيع للمتر المسطح فى الأراضى التى يتم تعميرها طبقا لهذا الأسلوب –الى مابين ٥٠ ، ٧٠ ج للمتر المربع – فى حين أن سعر البيع للمتر فى التقاسيم العشوائية غير المزودة بالمرافق قد يزيد عن ذلك ، فضلا عن أن معظم هذه التقاسيم العشوائية تقتطع مساحات من الأراضى الزراعية .

ويتضح من البيانات التى أعدتها وزارة الاسكان والمرافق ، أن مجموع الأراضى التى أمكن حصرها داخل الكتل العمرانية الحالية أو فى امتداداتها بالأقاليم والمدن التى تم اعداد مخططات عمرانية لها – تبلغ نحو ٤٦٢٧٠ فدان ، كمرحلة أولى يمكن أن تستوعب حوالى ٩,٢ مليون فرد ، بمعدل كثافة سكانية ٢٠٠ فرد للفدان . مع ملاحظة أن استكمال التخطيطات لباقى المدن والأقاليم سوف يضيف الى هذا القدر مساحات تقدر مبدئيا بنحو ٢٦ ألف فدان أخرى ، حتى سنة ٢٠٠٠ .

فى مواد البناء :

أدت الاختناقات فى مواد البناء – والتى حدثت فى فترة سابقة – الى تفاقم أزمة الاسكان ، لكن ماتضعه الدولة حاليا من خطط ومتابعتها الجادة للتنفيذ قد يكفل فى المستقبل انفراج هذه الاختناقات ، خاصة فيما يتعلق بالمواد الحاكمة مثل الأسمنت والحديد والطوب والزجاج والأخشاب والأدوات الصحية وغيرها . ويتطلب الامر دفع عجلة العمل فى تنفيذ هذه الخطط المختلفة ودراسة امكانات خفض وتوحيد أسعار هذه المواد ، مما سيؤثر بالتالى على خفض تكلفة أعمال البناء

فى خفض تكلفة الوحدات السكنية :

من أهم العوامل المساعدة على تخفيض تكلفة الوحدة السكنية وسرعة الحصول على الاحتياجات الاساسية اللازمة لها – العمل على تنميط مستلزمات البناء مثل الباب والشباك والأدوات الصحية وغيرها . وكذلك يلزم الأخذ بالمقاسات النمطية لمشتملات الوحدة السكنية ، تلافيا للفاقد فى شدات الخرسانة المسلحة وحديد التسليح وتكسيات الأرضيات وغيرها .

فى صيانة المبانى :

لاشك فى أن الاهتمام بصيانة المبانى بطريقة فعالة يطيل من عمرها ويحفظ لها حسن مظهرها ورونقها ، كما يحافظ على الثروة القومية للبلاد فى مجال الاسكان .

وعلى ذلك ، فمن المقترح تشجيع انشاء شركات عامة أوخاصة متخصصة فى صيانة الوحدات السكنية القائمة والمستجدة ، تتقاضى مبلغا شهريا أو سنويا محددا عن كل وحدة سكنية ، نظير التزامها الكامل بصيانة هذه الوحدات بمختلف أنواع الصيانة (سباكة – نجــارة – كهرباء) ، على أن يتم وضع القواعد المنظمة لذلك ، وتسهيلا لتنظيم عمليات الصيانة فان الأمر يقتضى دراسة اصدار التشريعات التى تحكم تشكيل اتحادات لشاغلى الوحدات السكنية على نمط اتحادات الملاك .

فى مشروعات بناء " نواة المنزل " :

ظهرت فى الآونة الأخيرة بعض المشروعات التى تبنت بناء " نواة المنزل " على أن يترك للمتملك تكملته فى الوقت الذى يناسبه ، وحسب

امكاناته ، وقد ينتج عن ذلك عدم مراعاة البعض للنواحى الانشائية أو الجمالية فى هذا الشأن ، مما يتسبب فى تشويه المنظر العام للمشروع وتحويله الى اسكان شبه عشوائى فضلا عن أن معظم المبانى من هذا النوع تكون من دور واحد فقط ، مما لايمكن معه الانتفاع بالصورة القصوى للأرض والمرافق .

ولمواجهة ذلك ، ورغبة فى تخفيض النفقات والاستفادة القصوى من الأرض والمرافق العامة والخدمات – يمكن الأخذ بأحد اقتراحين : إما أن يتم البناء على صورة طوابق متعددة ، مع اتمام جميع الاعمال الخارجية وترك جميع الأعمال الداخلية – ماعدا دورات المياه والمطابخ – بدون تكملة أو تشطيب ليكملها المنتفع بمعرفته طبقا لضوابط محددة . وإما أن تنفذ الاساسات الكاملة للمسكن لتحدد التوسع الافقى طبقا للتصميم الكامل وأن تصمم الاساسات لتحمل التوسع الرأسى المسموح به ، وعندئذ يترك للمتملك أن يضيف بمعرفته مايحتاجه افقيا ورأسيا ، طبقا للتصميم المعمارى الموضوع وبما يتمشى مع التخطيط العام للمشروع ، وأن يوضع من الضوابط مايكفل التزام المنتفع بهذه الأسس .

وبذلك يمكن خفض التكلفة مع الاحتفاظ بالمنظر العام للمشروع طبقا للتصميم الموضوع وفى نفس الوقت يسمح بزيادة مساهمة مدخرات الأفراد فى التمويل .

فى تطور الدخول والاسكان :

باستعراض تطور دخول مختلف طوائف المجتمع فى مصر ، يتبين أن فئات الشباب من العاملين بالحكومة والقطاعين العام والخاص ، من مختلف الشرائح ، هم أكثر الفئات حاجة الى رعاية الدولة فى مجال الاسكان ، حيث يتطلعون الى تكوين الأسر الجديدة وذلك بالاضافة الى حالات الكوارث لمن تتهدم مساكنهم ، أما باقى الفئات – وخاصة الحرفيين وأصحاب المهن الحرة ، وهم الذين يتحكمون فى تحديد دخولهم بما يتمشى والتزايد المستمر فى تكاليف المعيشة – فيمكنهم الحصول على مايحتاجون اليه من وحدات بتكلفتها الحقيقة ، وتكون الأولوية بالنسبة لهم طبقا لحجم المساهمة الفورية لكل منهم فى تكلفة الوحدة .

فى الدعم :

تعددت أساليب دعم الاسكان ، سواء فى شكل دعم أسعار مواد ، أوأسعار فائدة القروض ، أو خفض أسعار الأراضى ، أو الاعفاء من بعض أنواع الضرائب .

ويلاحظ ان هذه الأساليب جميعا قد يستفيد منها القادر الى جانب غير القادر ، والمستحق الى جانب غير المستحق . وقد يكون من الأفضل أن يقتصر الدعم على المنتج النهائى اى الوحدة السكنية التى تتمشى والمعايير الموضوعية للاسكان الذى يستحق الدعم .

ويمكن ان يتخذ الدعم فى هذه الحالة صورة نسبة من تكلفة الوحدة تقدر على سبيل المثال ، بقيمة معينة للمتر المسطح الواحد .

فى النواحى الجمالية :

- ان مصر بلد عرفت بتاريخها الطويل فى الحضارة بصفة عامة وفى العمارة بوجه خاص سواء فى عصورها الفرعونية أو القبطية أو الاسلامية ، وهذا ما يدعونا الى ضرورة الحفاظ على وجه مصر الحضارى دون ان تضطرنا ظروف التقشف الاقتصادى ان نهدر النواحى الجمالية التى يتعين الحفاظ عليها فى منشآتنا ومدننا ، وهذا يدعونا الى ضرورة بذل المزيد من الجهد نحو العناية بالنواحى الجمالية في مشروعات الاسكان الاقتصادى والمتوسط التى نقيمها فى المدن .

فى العلاقة بين المالك والمستأجر :

يشير الواقع الراهن الى مشكلات تتصل بالعلاقة بين المالك والمستأجر واجراءات استصدار التراخيص وغيرها ، مما يستدعى النظر فى ادخال بعض التعديلات فى هذا المجال ، بهدف توفير بعض الحوافز المادية والمعنوية والتى يمكن تلخيصها فيما يلى :

– ان تجميد الايجارات القديمة تجميدا مطلقا قد أجحف بمحدودى الدخل من الملاك ، خاصة فى ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتغيرة ، مما يستدعى البحث عن وسائل تكفل العدالة المتوخاة لكل من

طرفى التعاقد المالك والمستأجر .

– يلزم العمل على تسهيل اجراءات استصدار التراخيص ، كما ينبغى ان يراعى فى تقدير تكاليف المبانى السكنية عند استصدار التراخيص التكاليف الواقعية حيث انها تؤثر بالقطع على تحديد القيمة الايجارية للمبنى فى حالة اللجوء فى هذا الشأن للجنة التى نص القانون على تشكيلها .

– فى نسبة العائد التى نص القانون عليها بالنسبة لثلثى وحدات المبنى المؤجرة وهى ٧٪ بحيث يتم تحديد هذه النسبة على اساس من الدراسة الاقتصادية السليمة وعلى ضوء معدلات التضخم الجارية وأسعار الفائدة بالأوعية الادخارية المتاحة بما يحقق عائدا مناسبا للمالك ، بالاضافة الى وجوب مراعاة ما يتحمله المالك من فوائد التمويل اثناء فترة التشييد .

– دراسة امكان تكوين اتحاد للشاغلين يناط به – بالاشتراك مع المالك – القيام بأعمال الصيانة وادارة المبنى ، على غرار اتحاد الملاك على أن توضع الضوابط التى تكفل تحقيق اهداف هذا الاتحاد ، ومدى تحمله بنسبة من تكاليف الصيانة .

فى القطاع الخاص :

يستطيع القطاع الخاص ، لأسباب كثيرة مختلفة ، أن يساهم بجهد فعال فى حل مشكلة الاسكان ، وفى هذا الاتجاه ، يمكن توجيه الجزء الأكبر من اهتمام الدولة للقطاع الخاص الذى يستثمر مدخراته لاقامة وحدات سكنية لاستخدامه الخاص ، كالجمعيات التعاونية والأفراد الذين يقيمون وحدات سكنية لأنفسهم ولاسرهم ، وهذا النوع هو ما ينبغى تشجيعه والاعتماد عليه والتوسع فى نشاطه ، باعتباره الحل الأمثل لمواجهة مشكلة الاسكان مواجهة حاسمة . ويلزم لذلك العمل على تنمية الوعى التعاونى فى مجال الاسكان بين المواطنين وتشجيع تكوين الجمعيات التعاونية من تجمعات ذوى الدخول المحدودة ، تحت رعاية الهيئة العامة لتعاونيات البناء والاسكان ، كما يلزم ان توفر الدولة لهذا القطاع كل ما يلزم من تيسيرات ، سواء عن طريق تقديم القروض الميسرة أو مده بالمعونة الفنية أو تسهيل حصوله على مواد البناء .

وسينتج عن ذلك آثار ايجابية يمكن تلخيصها فيما يلى : –

– توجيه التيسيرات التى تقدمها الحكومة الى من يستحقها فعلا دون أية صعوبات .

– تفادى الصعوبات التى تنشأ من تناقض المصالح بين المالك والمستاجر .

– تعبئة القدرات الخلاقة للمواطنين فى البناء واستثمار تطلعاتهم باقتناء وحدة سكنية ، واستغلال مدخراتهم فى هذا الصدد ، مما يشجع على ضغط الاستهلاك وتوجيه المدخرات الى حل مشكلة من مشاكل المجتمع الرئيسية .

– النزول بأعباء الصيانة الى الحد الأدنى ، حيث ان المالك سيكون حريصا على صيانة وحدته السكنية وعدم تعريض مرافقها للتلف .

فى جهاز المقاولات :

– لاشك ان تنفيذ مشروعات الاسكان بالحجم المطلوب ، وفى الوقت الملائم وبالجودة الواجبة ، يتوقف فى المقام الأول – بالاضافة الى امكانيات التمويل وتوفر مواد البناء – على وجود جهاز قومى للمقاولات ونظام ادارى كفء يضمن استخدام هذا الجهاز بكفاءة تامة ، حتى تختفى ظاهرة تعثر كثير من مشروعات الاسكان نتيجة لعجز جهاز المقاولات عن انجاز ما وكل اليه تنفيذه .

لهذا يتعين بذل المزيد من الاهتمام بهذا الجهاز وتطويره ، وتدعيمه واعادة تنظيمه ، بالاضافة الى اعادة النظر فى القوانين واللوائح التى تحكم نظم التعامل معه . وفى هذا الصدد يقترح توجيه الاهتمام الى النقاط التالية :

. ضرورة وضع النظم الكفيلة بتصنيف المقاولين وفقا لامكاناتهم وخبراتهم وتخصصاتهم بما يؤدى الى تحديد حجم ونوعية العمل الذى

يسمح لكل منهم بالتقدم بعطاءاته لتنفيذه ، وبهذا نضع حدا لدخول بعض المغامرين فى المناقصات التى تزيد عن امكاناتهم وبأسعار تقل عن الواقع ، ويكون من نتيجة ذلك توقفهم عن الاستمرار فى التنفيذ . ولعل فى اصدار قانون اتحاد المقاولين وما يتضمنه من احكام ما يحقق هذا الهدف .

. ضرورة اعادة النظر فى قوانين ولوائح المناقصات والمزايــدات (ويعد المجلس دراسة تفصيلية ، فى هذا الصدد) وعلى الأخص بما يسمح بتعويض المقاولين عن أية خسائر تنتج عن تغير فى الأوضاع القائمة وقت تقديم عطاءاتهم ، والتى قد تؤثر بالتالى على التكلفة ، وذلك عن طريق استخدام معادلات تغير الأسعار .

. ضرورة وجود جهة مركزية تكون مسئولة عن متابعة التغيرات والعوامل التى تؤثر على تكلفة التشييد ، واصدار المعايير القياسية التى تتخذ أساسا لتعديل اسعار المقاول ، وحتى تكون سندا لأجهزة الاسناد في تعويض المقاول عما لحقه من خسائر نتيجة لهذه المتغيرات .

التوصيات

وعلى ضوء ماتقدم ومادار فى المجلس من مناقشات وماطرح من آراء ، يوصى بالآتى :

* أن تتصدر برامج حل مشكلة الاسكان أولويات الخطة الخمسية المقبلة ، ومايليها من خطط .

* الاسراع بتخطيط الأراضى التى تملكها الدولة ، وتقع داخل كردون المدن ، وتقسيمها الى قطع مناسبة من حيث المساحة لمختلف أنواع الاسكان .

– مع تزويد التقاسيم بالمرافق الأساسية ، وعرضها للبيع للافراد وللجمعيات التعاونية ووضع الضوابط التى تمنع المضاربة والاتجار فى الاراضى المبيعة ، وتأكيد شرط الالتزام بالتوسع الرأسى لزيادة عدد الوحدات السكنية وخفض تكاليفها .

* اعادة النظر فى الحدود الادارية الحالية للمحافظات ، وذلك لامتدادها الى الصحراوات المجاورة حتى مسافات مناسبة ، بالنسبة لموقع وظروف كل محافظة ، بما يحقق الافادة منها فى حل مشاكل الاسكان بتوفير الأراضى اللازمة بعيدا عن الوادى الزراعى .

* تحديد ثمن بيع المتر المربع من الأراضى المخصصة للاسكان المتوسط على أساس التكلفة الفعلية التى تحملتها الدولة فى انشاء المرافق ، مع تحميل الأراضى المخصصة للاسكان فوق المتوسط والفاخر بها مش ربح تدريجى يخصص لتمويل الاسكان الاقتصادى والمتوسط .

* أن يقتصر الدعم على المنتج النهائى أى الوحدة السكنية والتى تتمشى مع المعايير الموضوعة للاسكان الذى يستحق الدعم .

* أن يراعى فى خفض تكاليف الانشاء ألا يكون ذلك على حساب متانته وصلاحيته للغــــرض المنشأ من أجله ونوع الاستخدام المخصص له .

* أن تتم ، دون ابطاء ، مواجهة حازمة للمشكلات التى تعانى منها شركات القطاع العام العاملة فى مجالات الاسكان والتشييد ، نظرا للدور الهام المناط بها وبحيث يراعى مايأتى :

– أن تتناسب طاقتها وقدرتها الانتاجية مع موازنتها التخطيطية .

– أن يجرى تعديل لنظم التكاليف السائدة بها ، لتكون أداة فعالة للرقابة على نتائج الأعمال ، ولتحديد التكلفة الحقيقية للمشروعات التى تتولاها .

– أن توضع قواعد عادلة وعاجلة لتعديل أسعار المشروعات الجارى اقامتها والتى ثبت من الدراسات أن أسعار اسنادها أقل من تكلفتها وبالتالى حسم المنازعات بينها وبين مسندى هذه المشروعات اليها : حكومة أو قطاع عام ، أو خاص أو أفراد ، بهدف تنفيذ المشروعات العديدة المتأخرة ، درءا للخسارة عن الاقتصاد القومى

* الزام شركات القطاع العام بتنفيذ مشروعات سكنية لخدمة

العاملين بها طوال خدمتهم باستخدام اعتمادات الخدمات المحلية والمركزية وحصة العاملين فى الأرباح .

* تشجيع تكوين الجمعيات التعاونية من تجمعات من ذوى الدخول المحدودة عن طريق تقديم القروض الميسرة أو المعونة الفنية أو تسهيل الحصول على مواد البناء . مع اعطاء أولوية الحصول على القروض الميسرة ومواد البناء المدعمة لمن يقوم بتنفيذ وحدة سكنية واحدة لاستخدامه الشخصى بحيث لاتزيد عن المساحة المناسبة.

* أن يقوم بنك الاسكان والتعمير وباقى البنوك العقارية بدور فعال لتدبير التمويل اللازم لمشروعات الاسكان لمحدودى الدخل عن طريق اقتطاع أقساط مناسبة من مرتب المنتفع " الربع مثلا " واجتذاب المدخر الصغير الذى كان يعمل بالخارج بهدف امتلاك منزل صغير . مع اتاحة الأراضى الصحراوية بثمن رمزى لهذا الغرض .

* الافادة من أموال النقابات المودعة فى البنوك فى حل مشكلة الاسكان .

* منح تيسيرات مجزية لبنوك الاستثمار لتسهم فى حل أزمة الاسكان بالتقدم بمشروعات لهذا الغرض .

– مع النظر فى الغاء النص القانونى السارى بتحويل المالك الى مستأجر ، فى حالة نزع الملكية عن طريق البنوك العقارية بسبب التراخى فى سداد أقساط ثمن الوحدة ، لما يسببه ذلك من تأثير سلبى على عملية الائتمان .

* الاستعانة ببعض عناصر الانشاءات المعدنية سريعة الفك والتركيب فى انشاء مشروعات اسكان الطوارىء ، بحيث يراعى فى تصميمها وتجهيزاتها ألا تتوافر فيها وسائل الراحة الكاملة بحيث يمكن اخلاء شاغليها بسهولة الى وحدات دائمة عند توفرها .

* تنميط مستلزمات البناء مثل الباب والشباك والأدوات الصحية ، والأخذ بالمقاسات النمطية لمشتملات الوحدة تلافيا للفاقد فى عملية البناء .

* تشجيع انشاء شركات عامة أو خاصة متخصصة فى صيانة الوحدات السكنية تتقاضى عن كل وحدة مبلغا شهريا أو سنويا محددا نظير التزامها الكامل بصيانة هذه الوحدة من مختلف الوجوه .

* ضرورة استكمال مراكز التدريب المطلوبة لقطاعى الاسكان والمرافق مع تطوير التعليم الفنى بمايحقق التوسع فى التدريب المطلوب والأخذ بمبدأ التلمذة الصناعية .

والزام الشركات العاملة فى هذا المجال بالتوسع فى انشاء مراكز التدريب بها واعطاء حوافز للشركات التى تقيم هذه المراكز ويثبت فاعليتها .

* تشكيل اتحادات لشاغلى الوحدات السكنية على نمط اتحادات الملاك .

* النظر فى اختيار الوسائل المناسبة التى تكفل العدالة المتوخاة لكل من المالك والمستأجر ، وخاصة بالنسبة للايجارات القديمة مع الأخذ بمبدأ الايجار المتزايد بالنسبة لها فى حدود مدة معينة تتوقف عندها الزيادة وبنسبة مقبولة أسوة بما اتبع بالنسبة للأماكن غير المعدة للسكنى ويمكن البدء فى ذلك بالاحياء الراقية التى يقطنها القادرون .

* زيادة مساهمة مدخرات الأفراد فى التمويل عن طريق أن يترك لهم كمنتفعين تكملة وحداتهم السكنية على أساس أن يكون البناء على صورة طوابق متعددة مع اتمام جميع الأعمال الخارجية وترك الأعمال الداخلية – ماعدا دورات المياه والمطابخ – ليكملها المنتفع بمعرفته طبقا لضوابط محددة.

* العناية بالنواحى الجمالية فى مشروعات الاسكان الاقتصادى والمتوسط. .

* أن تنفذ المحليات أحكام القانون الحالية والتى تقضى بالمشاركة فى تشطيب المساكن التى توقف أصحابها عن اتمامها والتى تمثل عددا

هائلا مضى عليه وقت طويل دون تشطيب.

* إعادة النظر فى الالتزام الذى يقضى بعدم الارتفاع بالمبنى عن مرة ونصف من نهر الشارع وذلك بالنسبة لما تم انشاؤه من أدوار زائدة طالما أن المبنى يحتمل فنيا بقاء الأدوار الزائدة ، لصعوبة الهدم بل واستحالته فى احيان كثيرة من ناحية ، ولما يحققه ذلك من مساهمة فعلية فى تفريج حدة أزمة الاسكان من ناحية أخرى – على أن تتحول العقوبة الى فرض غرامات مالية جسيمة للمخالفين تخصص لصندوق الاسكان الاقتصادى ، مع وضع الأحكام والاجراءات الحازمة للحيلولة دون تكرار ذلك مستقبلا .

* وضع النظم الكفيلة بتصنيف المقاولين وفقا لامكاناتهم وخبراتهم وتخصصاتهم بمايؤدى الى تحديد حجم ونوعية العمل الذى يسمح لكل منهم بالتقدم بعطاءاته لتنفيذه .

* انشاء الاتحاد المصرى لمقاولى البناء والتشييد والتعجيل باصدار القانون الخاص بذلك حتى يتولى إعداد تنظيم شامل لصناعتى المقاولات والتشييد التى تتوزع أنشطتها حاليا بين عدة جهات – شركات ووحدات القطاع العام والخاص والمكاتب الاستشارية والنقابات وأصحاب الأعمال وأجهزة الحكم المحلى – بما يحقق التنسيق بينها ويواجه أوجه القصور التى تعانيها هذه الصناعة .

* انشاء " مجلس تنمية صناعة التشييد " تمثل فيه الأطراف المعنيه ويكون مسئولا عن تحديد وتحديث وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة .

* ضرورة وجود جهة مركزية تكون مسئولة عن متابعة التغيرات والعوامل التى تؤثر على تكلفة التشييد ، واصدار المعايير القياسية التى تتخذ أساسا لتعديل أسعار المقاول حتى تكون سندا فى تعويضه عما لحقه من خسائر نتيجة لهذه المتغيرات . مع ضرورة اعادة النظر فى لائحة المناقصات والمزايدات لمسايرة ذلك .

تطوير نظم المناقصات والمزايدات فى مجال التشييد والمقاولات

ترتبط صناعة التشييد والمقاولات ، وكذلك الأعمال الاستشارية الهندسية ، ارتباطا وثيقا بمشكلة الاسكان ، الى جانب دورها الأساسى المتشعب فى التنمية ، ولما تؤديه من جهود لمواجهة احتياجات النمو الاقتصادى والاجتماعى المتزايدة .

ورغم الجهود المبذولة للنهوض بصناعة التشييد والمقاولات وتخليصها من المعوقات والسلبيات التى تواجهها ، فان التقييم الموضوعى يؤكد أنها بإمكاناتها الراهنة ، لاتؤدى دورها كاملا فى تلبية احتياجات المجتمع ، من حيث الجودة والتوقيت والتكلفة . ويعود السبب فى عدم وصول كفاءة هذه الصناعة الى المستوى المرجو الى كثير من المشكلات التى لاتزال تعانى منها ، ومن بين هذه المعوقات قصور القوانين والنظم المتعلقة بالتعاقدات وشراء وتوريد المواد المختلفة .

كما واجهت المكاتب الاستشارية الهندسية وبيوت الخبرة العديد من الصعاب فى أداء دورها الهام فى إعداد التصميمات لمشروعات التنمية فى كافة المجالات . وقد أدى عدم وجود قانون ينظم هذه المكاتب الاستشارية الى كثير من السلبيات فى ممارستها العملية . ثم جاء

القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ وما استلزمه من ضرورة تطبيق نفس القواعد والأسس التى تتبع فى التوريدات والمشتريات على أعمال التصميم والاستشارات - وهى أعمال ذهنية خالصة - مما أدى الى تعثر جهود بيوت الخبرة . وغنى عن الذكر أن هذه البيوت مؤسسات قومية وهى العقل المفكر والمدبر وراء مشروعاتنا . وليس من المصلحة العامة أن تظل المعوقات الحالية تقيد حركة مؤسساتنا الاستشارية وتمنعها من القيام بمسئولياتها على الوجه الأكمل ، مما يحقق تصميما جيدا لمشروعاتنا وترشيدا كبيرا فى الانفاق عليها ودراسة متعمقة فى إعدادها.

لقد كانت القواعد التى ترتكز عليها السياسة العامة للشراء والتوريدات وأعمال المقاولات والأعمال الاستشارية ينظمها القانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ ، ثم أعيد النظر فى هذا القانون بعد أن تبين قصوره عن استيعاب المتغيرات الكبيرة التى استجدت فى هذه المجالات خلال الفترة الطويلة التى طبق فيها . ثم صدر القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ فى شأن تنظيم المناقصات والمزايدات ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزير المالية رقم ١٥٧ لسنة ١٩٨٣ ، مستهدفا ارساء قواعد الشراء والتعاقدات على أسس سليمة ، هذا بالاضافة إلى مجموعة من التعليمات والكتب الدورية ، أصدرتها وزارة المالية ، لتفسير وتيسير تطبيق أحكام القانون ولائحته التنفيذية . ولكن الفترة التى طبق فيها هذا القانون أبرزت بوضوح قصورا فى بعض بنوده ، انعكس بصورة مباشرة على أداء أعمال المقاولات والاستشارات الهندسية .

وعلى ضوء المشاكل والصعوبات التى واجهت صناعة البناء والتشييد - والتى واجهت أيضا المكاتب الاستشارية والتى تكشفت عند تطبيق القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية وفى ضوء ماتكشف أثناء الممارسة الفعلية للقانون السابق ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ من صعوبات لم يعالجها القانون الجديد ولائحته التنفيذية - رؤى دراسة الموضوع بالمجلس ، بمعرفة مجموعة من المتخصصين ذوى الخبرة العملية فى مجال تنفيذ عقود المقاولات ، بالاضافة الى خبرتهم فى مجال الاستشارات الهندسية ، حتى تكون الاقتراحات والتعديلات موضوعية ، تستهدف العدالة وتكافؤ الفرص لأطراف التعاقد ، بحيث يتحقق معها ممارسة أفضل للاستشارات الهندسية ، وبما يتفق مع الأهداف التى صدر من أجلها القانون ولائحته التنفيذية .

صناعة التشييد وأعمال المقاولات

تعتبر صناعة التشييد ، ومن ضمنها نشاط المقاولات ، من الركائز الأساسية فى خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التى تهدف الدولة من ورائها الى رفع مستوى المعيشة وتوفير فرص العمل للمواطنين ، الأمر الذى ترتب عليه تخصيص حوالى ٤٥٪ من خطة الاستثمارات السنوية لتلك الصناعة ، مع تأثيرها ايجابيا فى باقى نسبة الاستثمارات البالغة ٥٥٪ ، حيث لايمكن الاستفادة من مشروعات الخطط شاملة مشروعات الانتاج وأعمال الخدمات وتشغيلها الا بإقامة المبانى والمنشآت الخاصة بتلك المشروعات .

وقد بلغت جملة استثمارات التشييد ، فى السنة المالية ١٩٨٥ / ١٩٨٦ ، حوالى ٧٩٩٤ مليون جنيه موزعة على النحو التالى :

٤٤٦ مليون جنيه للزراعة واستصلاح الأراضى
٦٠٩ مليون جنيه للكهرباء
٥١١ مليون جنيه للرى والصرف
١٨١ مليون جنيه للمقاولات
١٧١٧ مليون جنيه للصناعة
٩٤٦ مليون جنيه للاسكان
٣٢٢ مليون جنيه للبترول
٦٤١ مليون جنيه للمرافق
١٦٨٠ مليون حنيه للتعليم
٢٠٣ حنيه للمبانى التعليمية
٧٢٨ مليون جنيه للصحة

وقد رأت الحكومة أن أسلوب المناقصات فى أعمال المقاولات يستدعى بالضرورة وضع القواعد والأسس التى تنظم التعامل بشأنه مع شركات المقاولات ، سواء كانت شركات القطاع العام أو شركات القطاع الخاص أوشركات القطاع المشترك أو الاستثمارى ، وكذلك التعامل بشأنه مع الافراد .

لذلك صدر القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ فى شأن تنظيم المناقصات والمزايدات، معدلا للقانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ الذى استمر التعامل به فى هذا المجال ٢٩ سنة، كما أصدر وزير المالية اللائحة التنفيذية الخاصة به بالقرار الوزارى رقم ١٩٥٧ لسنة ١٩٨٣.

ويتناول القانون فى أبوابه الثلاثة الموضوعات الآتية:

الباب الأول: المواد من (١) الى (٢٩) تتناول شراء المنقولات وتقديم الخدمات واجراء المقاولات عن طريق مناقصات عامة يعلن عنها مع جواز الاستثناء بقرار مسبب من السلطة المختصة باحدى الطرق كالمناقصة المحدودة والمناقصة المحلية والممارسة والاتفاق المباشر وذلك فى الحدود ووفقا للشروط والأوضاع المبينة فى القانون والقرارات المنفذة له.

الباب الثانى: المواد من (٣٠) الى (٣٤) وتتناول بيع المنقولات وتأجير المقاصف وغيرها عن طريق مزايدة علنية عامة أو محلية أو بالمظاريف المغلقة ويجوز عند الضرورة التصرف بالبيع أو الايجار دون مزايدة اذا لم تزد القيمة عن ١٠٠٠ جنيه (ألف جنيه) وذلك طبقا للقواعد والاجراءات التى تبينها اللائحة التنفيذية.

الباب الثالث: المواد من (٣٥) الى (٤٠) وتتناول الأحكام العامة من حيث عدم جواز التعاقد الذى تزيد قيمته على ٥٠٠٠ جنيه (خمسة آلاف جنيه) دون أخذ رأى الجهة المختصة - مجلس الدولة - كما تحظر الوساطة فى التعاقد - وجواز تعاقد الجهات الخاضعة للقانون فيما بينها بطيق الاتفاق المباشر - ويحظر على العاملين بوحدات الجهاز الادارى للدولة ووحدات الحكم المحلى والهيئات العامة التقدم بعطاءات أو عروض لتلك الجهات، كما لايجوز اللجوء الى تجزئة العطاءات بقصد التحايل. كما نصت المادة ٤٠ على اعتبار أحكام اللائحة التنفيذية لهذا القانون جزءا مكملا لشروط العطاء يخضع لها العقد.

ويلاحظ أن الأحكام الخاصة بالمقاولات وردت بالباب الأول من القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ فى المواد (١) الى (٢٩) متداخلة فى اجراءات شراء المنقولات وتقديم الخدمات، ورغم أهميتها القيمية التى تمثل الجزء الأكبر من نشاط التشييد، والذى بلغت قيمته فى السنة المالية ١٩٨٥/١٩٨٦ ثلاثة آلاف مليون جنيه. أما خلال الخطة الخمسية ١٩٨٢ / ١٩٨٧ فكانت قيمته ١٦ ألف مليون جنيه من جملة قيمة الخطة البالغ قدرها ٣٤ ألف مليون جنيه، كل ذلك محسوبا بقيمة سنة الأساس ١٩٨٢. من ذلك نرى أن القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية لم يقررا ضمن نصوصهما لنشاط المقاولات مايستحقه هذا النشاط من أهمية. ومن البديهى أن القواعد والاجراءات الخاصة بالشراء وتوريد المنقولات والخدمات لاتتلاءم مع طبيعة نشاط المقاولات، وقد أدى تداخلها الى مزيد من التعقيدات الادارية والمالية.

وخلال الفترة الزمنية بين صدور القانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤، والقانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣، حدث الكثير من التغييرات الهامة والمؤثرة فى مجال المقاولات، وعلى سبيل التحديد: فقد تم تأميم أغلبية شركات المقاولات فى الستينات، وتأميم شركات مواد البناء وغيرها من الشركات الصناعية والتجارية. كما صدرت قرارات بتكليف بعض شركات المقاولات من القطاع العام للقيام بتنفيذ عمليات ومشروعات تابعة لوزارات الدولة، ولاتزال تصدر حتى الآن قرارات مماثلة، استنادا الى قوانين وقرارات جمهورية صدرت فى هذا الشأن.

والجدير بالذكر أن أسلوب تقدير تكلفة المشروعات التى تكلف بها الشركات يختلف اختلافا بينا عما ورد بالقانون الملغى رقم ٢٣٦، أو القانون الحالى رقم ٩ لسنة ١٩٨٣. وتجدر هنا الاشارة الى أن شركات القطاع العام تقوم حاليا بتنفيذ حوالى ٧٠٪ من قيمة استثمارات مايرصد فى خطة التشييد، أما القطاع الخاص فيتولى مباشرة تنفيذ ال٣٠٪ الباقية، بالاضافة الى حوالى ٣٠٪ أخرى من باطن القطاع العام.

وتتبع شركات مقاولات القطاع العام سبع وزارات هى: الاسكان والمرافق - التعمير والمجتمعات الجديدة - استصلاح الأراضى - الرى - النقل والمواصلات - الكهرباء - الصناعة والبترول. ولكل وزارة من هذه

الوزارات نوعية خاصة من الأعمال المتخصصة تختلف فى طبيعتها عن الأخرى ، مما يتطلب وجود قواعد تنظيمية أو لوائح خاصة بكل وزارة من هذه الوزارات ، تنظم التعاقدات والمقاولات فيها بمـــايلائم طبيعة نشاطها .

كماأن الدراسات التى تمت فى أوائل الثمانينات - بين المسئولين عن التشييد بوزارتى الاسكان والمرافق والتعمير واستصلاح الأراضى وبعض الوزارات الأخرى بالاشتراك مع معهد بحوث البناء والتخطيط العمرانى ، ومع خبرات أجنبية متخصصة ، قام البنك الدولى للانشاء والتعمير بتمويلها - انتهت الى ضرورة قيام جهاز قومى للاشراف على تنفيذ توصيات الدراسة بتلك الصناعة والتنسيق بين قطاعاتها المتعددة ، وكذلك ضرورة قيام اتحاد وطنى للمقاولين لتنظيم نشاط المقاولات فى القطاعين العام والخاص .

وعلاجا لما سبق ، أصبح من الضرورى تطوير نظام المناقصات والمزايدات فى صناعة التشييد والمقاولات والتعاقدات فى مجال الاستشارات الهندسية ، بما يحقق الأهداف الآتية :

- تلافى جوانب القصور التى أبرزها التطبيق ، فى بعض بنود القانون الحالى - رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ - ولائحته التنفيذية ، والتى انعكست آثارها السلبية على أداء قطاع التشييد والمقاولات ، وأعمال الاستشارات الهندسية .

- تحقيق المرونة وتبسيط اجراءات التعاقد ، مع ضمان حسن تصميم وادارة المشروعات .

- تحقيق تكافؤ الفرص لأطراف التعاقد من حيث الحقوق والواجبات . مع القضاء على ماينشأ من نزاع مستمر بينهم . حتى يمكن تجنب الأضرار المادية والأدبية الناتجة عن ذلك ، وخاصة تأخير الانتفاع بالمشروعات فى التوقيتات المقررة لها ، وماينبع ذلك من تعثر فى خطط التنمية .

- ازالة المعوقات التى تقيد حركة مؤسساتنا الاستشارية ، لتقوم بمسئولياتها على الوجه الأكمل ، وبما يحقق تصميما جيدا لمشروعاتنا ، وترشيدا فى الانفاق عليها ، ودراسة متعمقة فى إعدادها .

- تيسير السبل أمام المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة ، لتقوم بممارسة نشاطها على أسس سليمة ، بحيث تؤدى دورها الحيوى فى التنمية الشاملة .

- النأى ببيوت الخبرة عن تيارات المنافسة المادية ، بحيث تتسم المفاضلة بين ماتقدمه من عروض على أساس : العنصر الفنى ، والقدرات العلمية والخبرات العملية . على أن تأتى الناحية المادية كعنصر من عناصر الترجيح عند تساوى التقييم الفنى .

وجدير بالذكر أن المجلس أكد على ضرورة ذلك فى تقريره عن سياسة صناعة التشييد والمقاولات بدورته الثالثة .

الأعمال الاستشارية والقانون رقم ٩ لسنة ٨٣ :

يستخلص من بعض نصوص وأحكام القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية مايلى :

أولا : اعتبر القانون أن شأن الأعمال الاستشارية هو نفس شأن مقاولات الأعمال ومقاولات النقل وتوريدات الأصناف المختلفة ، من مصنوعات ومهمات وحيوانات وطيور وغيرها ، برغم الاختلاف الكامل بين طبيعة الأعمال الاستشارية المهنية وبين أعمال المقاولات والتوريـــدات ، وهذا الاختلاف البين يستلزم أن تكون اجراءات اختيار المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة مختلفة عن اجراءات اختيار الموردين والمقاولين . ولكن القانون استلزم تطبيق اجراءات واحدة على نشاطين لكل منهما طبيعة مختلفة عن الآخر ، برغم أن مايجرى على أحدهما لايعنى بالضرورة أن يجرى على الآخر .

ثانيا : استوجب القانون ، نصا وروحا ، أن يكون العنصر الأساسى للاختيار بين عروض الموردين والمقاولين والمكاتب الاستشارية وبيوت

الخبرة هو : السعر الأقل ، وان جاز ذلك فى بعض المجالات مثل التوريدات والمقاولات ، الا أنه لايجوز فى مجال الاستشارات وأعمال الخبرة والأعمال المهنية . وذلك لأن العنصر الفنى فى هذا المجال لايقل عن العنصر المالى ، ان لم يفقه فى عملية الاختيار والمفاضلة بين العروض المختلفة .

ثالثا : استلزم القانون ولائحته التنفيذية أن تجرى الممارسة بين المستشارين والخبراء والمسئولين عن المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة ، مجتمعين ، فى جلسة علنية للوصول الى أقل سعر ممكن .

والواقع أن نشاط الاستشارات وأعمال الخبرة هو نشاط ذهنى فى المقام الأول ، ويتسم بالابتكار الفنى ، ويعتمد أساسا على الامكانات والقدرات الذاتية الفكرية والعقلية ، وفى كثير من الأحيان يتجاوز العمل الفنى الحدود المعروفة الى آفاق جديدة من الابداع .

ويمر هذا العمل ، خصوصا اذا كان هندسيا ، بمراحل ثلاث :

المرحلة الأولى : تشتمل على جمع البيانات والاحصاءات والقيام بالدراسات التحليلية التمهيدية .

المرحلة الثانية : : تشتمل على إعداد التصميمات وتحديد سياسات ونظم مكونات المشروع .

المرحلة الثالثة : تشتمل على إعداد الرسومات والمواصفات والتفاصيل التى تخرج التصميم من مجاله الفكرى الى مجاله الموضوعى وتجعله مفهوما للمقاولين للتنفيذ بموجبه .

وتعتمد كل مرحلة من هذه المراحل على ثلاثة عناصر أساسية هى :

– الكفاءة الفنية لكل من العاملين فيها ومدى خبرتهم العملية السابقـة ، ومستواهم العلمى فى تخصصاتهم المختلفة ، وقدرتهم على التقدير السليم ، والوصول الى الحلول الملائمة التى تحقق أكبر درجة من احتياجات صاحب المشروع.

– أعداد ونوعيات الأخصائيين الذين يقوم المكتب الاستشارى أو بيت الخبرة بحشدهم لإعداد المشروع .

– المدة التى يستغرقها كل أخصائى فى إعداد الجزء الخاص به .

ولما كان إعداد كل مرحلة من المراحل السابقة يعتمد على القدرات الذهنية الذاتية لكل من القائمين بها ، فان المشروع فى صورته التصميمية أو فى صورته النهائية يختلف من مكاتب الى آخر . ولو كلفنا عددا من المكاتب الاستشارية بتصميم مشروع واحد كمستشفى أو جامعة أو متحف مثلا ، لجاء تصميم كل مكتب مختلفا اختلافا بينا عن تصميم غيره من المكاتب ، كما تتفاوت هذه التصميمات فنيا فيما بينها ، وذلك لتفاوت قدرات القائمين بها . ومن البديهى أن العنصر الفنى هو العنصر الحاكم فى ترتيب هذه التصميمات حسب أولوياتها ، كما أن من مصلحة الجهة الادارية أو المالك اختيار أفضل هذه التصميمات فنيا لتنفيذ المشروع .

ويتضح مما سبق حقيقتان أساسيتان :

– أن طبيعة الاستشارات الفنية – لكونها عملا ذهنيا وذاتيا يسعى دائما الى ايجاد حلول جديدة ومبتكرة – تجعل من غير الممكن اخضاع عملية التصميم والابتكار لمواصفات محددة ومسبقة .

أما فى حالة شراء أصناف أو مهمات أو ماشابهها ، فمن الممكن وضع مواصفات دقيقة لها يتم التوريد على أساسها وطبقا لماتتضمنه من أصناف وشروط . ويعتبر هذا الاجراء ضروريا .

– أن التصميمات والعروض الفنية المقدمة من المكاتب الاستشارية تتفاوت فنيا فيما بينها تفاوتا كبيرا ، مما يستوجب استخدام مقاييس فنية للمفاضلة بينها واختيار أحسنها . وفى حالة توريد أصناف معينة فمن المفروض أن تتشابه هذه الأصناف فى أشكالها وخصائصها وان اختلف موردوها ، وذلك لأنها صنعت ووردت حسب مواصفات موحدة طبقت عليها جميعا . ونظرا لافتراض تشابهها فان العنصر المالى يصير بداهة هو الفيصل فى اختيار احداها دون غيرها .

وإذا تجاهلنا الناحية الفنية عند اختيار المكاتب الاستشارية لإعداد تصميمات مشروعاتنا وأخذنا العروض المالية المقدمة كأساس للاختيار - وهو مايتطلبه القانون الحالى - لكانت النتيجة بالغة الخطــورة .

وينبغى أن يلاحظ هنا : أن المكاتب ذات الامكانات الفنية المحدودة يمكنها التقدم بعروض مالية منخفضة لاتستطيع أن تجاريها فيها بيوت الخبرة ذات الكفاءة الفنية العالية . بالاضافة الى أنه ليس لديها القدرات التنظيمية والادارية الكافية التى عادة ماتكون متوفرة لدى المكاتب الأكثر كفاءة وقدرة .

وفى بعض الأحيان ينقص مثل تلك المكاتب التصور السليم لأبعاد وطبيعة المشروعات المتقدمة لها والطريقة المثلى لإعدادها ، لذا تجىء عروضها المالية مقدرة على أساس استخدام أعداد ونوعيات من الأفراد دون المستوى المطلوب لاخراج تصميمات جيدة ومقبولة تتلاءم مع أهمية المشروعات التى أرسيت عليها .

وكثيرا ماتأتى هذه المشروعات ، بجانب قصورها من الناحيتين الانشائية والوظيفية ، أكثر تكلفة من الأعمال الجيدة التصميم .

وفى ظل تطبيق هذا القانون نشأ الاضطرارالى ترك أفضل العناصر والكفاءات الفنية لتصميم المشروعات ، وعهد بها الى جهات أقل كفاءة بكل مايحتمله هذا الاجراء من مخاطر ، جريا وراء تخفيض فى الأتعاب يكاد لايذكر بجانب التكلفة الكلية للمشروع . مع العلم بأن المكاتب الاستشارية ذات الامكانات الفنية الكبيرة والتى تتوفر لديها الخبرات العالية ، هى القادرة - دون غيرها من المكاتب الاستشارية المحدودة الامكانات الفنية والخبرات - على نقل التكنولوجيا المتطورة من الخارج للاستفادة بها فى مشروعاتنا وتطويع هذه التكنولوجيا لتتلاءم مع ظروفنا المحلية .

أن متوسط ماتحصل عليه المكاتب الأجنبية من أتعاب فى بلادها يتراوح بين سبعة وعشرة فى المائة من تكلفة المشروعات ، ومتوسط ماتحصل عليه الشركات والمكاتب الاستشارية المصرية يتراوح بين ثلاثة فى المائة وخمسة فى المائة ، ومنذ تطبيق هذا القانون انخفضت نسبة الأتعاب الى ثمانية من عشرة فى المائة ، وأحيانا الى نصف فى المائة ، ومن المستحيل عمليا إعداد مشروع على درجة فنية مقبولة بمثل هذه النسبة البالغة الانخفاض ، وقد أدى تطبيق هذا القانون الى أن المكاتب الاستشارية الكبيرة وفيها صفوة أهل الرأى والعلم ، تجنبت الدخول فى هذه المارسات ، تاركة المجال لفئات أقل كفاءة وخبرة .

ومن الواجب ، تحقيقا للمصلحة العامة وحفاظا على مقومات بيوت الخبرة ، وفيها أكفأ العناصر فى مجال العلوم الفنية ، أن تنأى بهم الدولة عن تيارات المنافسة المادية التى تقوم فى غير ذلك من الأعمال - حفاظا على جوهر العمل العلمى وآفاقه العالية ، وحتى لايطغى الوضع المادى للعروض التى تتقدم بها بيوت الخبرة على المجال الفنى للأداء ، ويضطرب تبعا لذلك معيار المفاضلة بين هذه البيوت . لذلك فان الأمر يستلزم وضع قواعد جديدة خاصة بالأعمال الاستشارية يتم على أساسها تقييم العروض ، بحيث تكون المفاضلة على أساس العنصر الفنى ومدى القدرات العلمية والخبرات العملية لدى بيوت الخبرة ، وكفاءة الاستشاريين العاملين بها ، بحيث تكون الناحية المادية ، أى المالية ، عنصرا من عناصر الترجيح عند تساوى التقييم الفنى .

وهذا وقد سبق لبعض لجان مجلس الدولة أن أصدرت عدة فتاوى قبل صدور هذا القانون تنص جميعها على أن عقود الأعمال الاستشارية لاتخضع وجوبا لأحكام قانون ولائحة المناقصات والمزايدات .

* وتحقيقا لما تقدم ، سيقوم المجلس بإعداد مشروع متكامل بالتعديلات التشريعية اللازمة ، متضمنة وجهات نظر شعب المجلس المعنية بهذا الموضوع ، نظرا لارتباطه بكثير من الأنشطة على المستوى القومى ، وذلك على ضوء السياسات والمقترحات السابقة .

التنمية العمرانية للقرية

قام المجلس خلال دوراته : الأولى والثالثة والخامسة ، بدراسات استهدفت رسم سياسات لتطوير وتنمية القرية المصرية الاقتصادية من كافة الجوانب الاقتصادية والاجتماعية . واستكمالا لتلك الدراسات انتهى المجلس الى هذه الدراسة عن التنمية العمرانية للقرية بهدف الوصول بها الى المستوى المناسب للمعيشة ، من ناحية السكن ، والصرف الصحى ، ومياه الشرب ، والكهرباء ، والاهتمام بشبكة الطرق والمواصلات . بحيث تتهيأ للقرية المصرية بيئة عمرانية مناسبة تشكل ضرورة هامة لوضع تصور حضارى شامل للريف المصرى يواجه به تحديات العصر ، خاصة وأن النظام الاجتماعى والاقتصادى الذى عاشته القرية المصرية دهورا طويلة قد أخذ فى التقهقر تاركا مكانه لنظام جديد لم تتضح ملامحه بعد . كما ان العلاقات الاجتماعية والاقتصادية التقليدية لم تعد قادرة على احتواء المتغيرات الجديدة ، واصبح من الضرورى البحث عن نمط جديد وعلاقات جديدة أكثر ملاءمة لها .

التغيير فى التركيب الاجتماعى والسكانى :

تتركز أهم أسباب التغيير فى التركيب الاجتماعى والسكانى للقرية فى العوامل الآتية :

– التغيير الاجتماعى الكبير الذى صاحب قوانين الاصلاح الزراعى فى أواسط القرن وما نتج عنه من اختفاء الملكيات الكبيرة وظهور طبقة من صغار الملاك كانوا أصلا معدمين أو أجراء ، وقد أدى هذا التغيير الى تقارب طبقى وعلاقات اجتماعية اكثر ديناميكية عما كانت عليه فى الماضى .

– التوسع فى التعليم بدرجاته المختلفة مما اتاح فرصة كبيرة للتعلم وترك الزراعة مهنة الآباء والأجداد والبحث عن مهن حضرية تتيح فرصة أكبر لارتقاء السلم الاجتماعى .

– تحسن وسائل المواصلات والاتصالات والاعلام ساهم فى إيجاد ارتباط أوثق بين القرية والمدينة واختفت تقريبا العزلة التقليدية التى حجبت القرية عن التفاعل الحيوى مع غيرها .

كما أن دخول الكهرباء واستخدامها فى الانارة والتوسع فى استخدام الأجهزة الكهربائية مثل التليفزيون أدى الى تغير العديد من العادات الريفية التى كانت مستقرة .

– تجاوزت الهجرة الى الدول النفطية المرحلة الفردية وأصبحت اتجاها عاما داخل القرية له تأثيره الكبير فى تغيير الحياة بها .

– الاختفاء التدريجى للآلات الزراعية والتى استخدمت فى الزراعة منذ فجر التاريخ واحلال الميكنة مكانها ، كما ظهرت فى الآونة الأخيرة بعض القرى المنتجة لصناعات يدوية على درجة عالية من الجودة مثل السجاد والنسيج . وأصبح لهذه القرى وظيفة مزدوجة أدت الى نشأة طبقة جديدة على مجتمع القرية التقليدى لا تعمل بالزراعة ولكن تعمل بمهن وحرف حضارية ، وازداد تدريجيا عدد أبناء هذه الطبقة كما ازداد اثرهم حتى يمكن القول بأن مجتمعين متجاورين ولكن شبه منفصلين يعيشان الآن داخل القرية بنمطين مختلفين ، أولهما مجتمع تقليدى يعمل بالزراعة وثانيهما مجتمع جديد يعمل بمهن وحرف غير زراعية ، يتميز بانه أقل تحمسا للمحافظة على القيم والعلاقات الاجتماعية التقليدية

واكثر رغبة فى إحداث تغييرات جذرية فى المجتمع الريفى ، وكان لابد أن يكون لتواجد هاتين الطبقتين فى حيز مكانى واحد تأثير مباشر على تخطيط القرية ونمط الاسكان بها .

الأوضاع الحالية

يسكن اهل الريف فى حوالى ٤٢٠٠ قرية الى ٥٠٠٠ قرية ويتراوح سكان كل منها ما بين ألفين وعشرة آلاف نسمة . وتتكون القرية من الكتلة السكانية والخدمات العامة والاراضى الزراعية الواقعة فى زمامها وتتراوح الكتلة السكنية بين ٣٠ و ٢٥٠ فدانا كما يتراوح الزمام للقرى ما بين ١٠٠٠ فدان - ٥٠٠٠ فدان .

أما النسبة المئوية لمساحة الكتلة السكنية بالنسبة لمساحة الزمام فتختلف ما بين ١٢٪ و ٢٢٪ .

وغالبا ما تحيط بالقرية الاصلية وفى نطاق زمامها الزراعى تجمعات سكانية صغيرة على شكل كفور ونجوع وعزب لتكوين سكن اصغر من القرية ويتبعها اداريا ويعتمد عليها فى الخدمات العامة ويبلغ عددها حوالى ٢٥٠٠٠ تجمع .

أولا : الوضع التخطيطى :

القرية المصرية عبارة عن كتلة سكانية دائرية الشكل تقريبا يحيط بها من الخارج طريق يسمى داير الناحية لا يزيد عرضه فى معظم الاحوال على ستة أمتار ، ويتفرع من داير الناحية طرق اخرى أقل فى العرض وغير مستقيمة فى الغالب ومتوغلة داخل الكتلة السكانية ، وقد يصل عرض بعض تلك الطرق الثانوية الى متر ونصف وغالبا ما تكون نهايتها مسدودة دون الالتقاء بممرات اخرى وهى جميعا ترابية .

وغالبا ما توجد ساحة مفتوحة متصلة بطريق داير الناحية ، تسمى هذه الساحة (بالجرن) وتستخدم فى اللقاءات والأنشطة العامة وتكون هذه المساحة إما ملكية خاصة أو عامة .

ومع ظهور الطبقة الجديدة غير الزراعية بقيم وتطلعات حضرية وامكانات كبيرة نسبيا ، نشأت تجمعات سكنية - خارج كتلة القرية الدائرية - ذات شوارع متقاطعة وهو النمط التخطيطى التقليدى للمدينة والذى يمكن معه الامتداد المستمر على الأرض الزراعية فى الاتجاهات الأربعة ما لم يحل دون ذلك عائق طبيعى مثل النهر أو السكة الحديد أو الجبل أو تحديد لكردون القرية يقف الامتداد العمرانى دونه .

كما أن الطرق الرئيسية بالقرية أصبحت مجالا حيويا للنشاط الحرفى والتجارى . كما ظهر النشاط المهنى مثل عيادات الأطباء والصيدليات ومكاتب المحامين وان كان بدرجه اقل .

ونشأ التوسع العمرانى بالقرية مع احتياجات السكان ولم يخضع لأى اشراف هندسى أو أى نوع من أنوع التخطيط ولم يكن له أى تشريعات تحكمه أو توجه عمليات توسعه الا فى عدد محدود من القرى .

وفى غيبة التخطيط المتكامل ومع الاندفاع الكبير نحو البناء اختفت المساحات المفتوحة داخل القرية (الأجران) ، كما ان الامتدادات الجديدة خلت ايضا من مثل هذه المساحات ومن الخدمات الأساسية .

وتتسم الشوارع بضيق كبير يعوق الخدمة خاصة فى أوقات الطوارئ ، كما أن كثافة المبانى والاستخدام الكامل لمسطح الأراض أدى بالضرورة الى زيادة كبيرة فى أسعار الأراضى داخل الكتلة السكنية وخارجها حتى قاربت مثيلاتها بالحضر .

ثانيا : الوضع الاسكانى :

تتكون الكتلة السكانية من منازل بسيطة من الطوب اللبن أو المحروق فى بعض الحالات وتتميز تلك البيوت بالبساطة والانفتاح الى الداخل على حوش داخلى تزرع به أحيانا شجرة أو أكثر، وغالبا ما يخرج من الحوش سلم بسيط مصنوع من الخشب أو مبنى من الطوب ، يوصل الى السطح الذى يوجد به أحيانا حجرة أو أكثر تستخدم مع الأجزاء المظلة أو المفتوحة من السطح للمعيشة الخارجية فى الصيف أو التخزين فى الأجزاء المفتوحة .

والتنظيم الداخلى للمساكن متشابه ، ففى كل مسكن مساحة غير مسقوفة تتوسطه تسمى « وسط الدار » وتقع حولها الحجرات المختلفة وحظيرة الماشية والفرن ، كما توجد الحصيرة وبجوارها حجرة لحفظ اللبن والبيض .

وعموما فان مساكن القرية يتكون حوالى ١٠٪ منها من حجرة واحدة ، ٤٠٪ يتكون من حجرتين ، ٢٥٪ يتكون من ثلاث حجرات ، وان ثلثى هذه المساكن مكون من دور واحد والثلث الآخر من دورين .

ومعظم مساكن الريف لا يتوفر بها الحد الأدنى من المتطلبات الصحية والأمنية نظرا لسوء الاضاءة والتهوية والافتقار الى مصدر للمياه النقية وانعدام المرافق الصحية ووجود المواشى داخل السكن وتخزين الوقود والحاصلات الزراعية فوق الأسطح وما ينطوى عليه من اخطار الحريق .

وتوجد منازل اكبر من السالف ذكرها مثل بيت العائلة « الدوار » الذي يحتوى على عدد كبير من الغرف الفسيحة ، بالاضافة الى صالة كبيرة ، منها جزء مفتوح ومندمج مع الحوش الداخلى يستغل للأغراض والمناسبات المختلفة .

وفى الفترة الأخيرة استشرت ظاهرة العدوان على الأراضى الزراعية واستخدام الخرسانة والطوب الأحمر نظرا للاعتقاد بأن المبانى الخرسانية اطول عمرا وأبهى مظهرا من المبانى التقليدية ، كما أنها تجسد مقدرة مالية للمالك ومدعاة له بالتباهى . وتترواح ارتفاعات المبانى من دور إلى أربعة أدوار ، وتشتمل على وحدات سكنية منفصلة تخصص للأبناء أو تؤجر للغير . ويمكن القول ان النمط الاسكانى فى هذه المناطق لا يختلف كثيرا عن نمط الاسكان العشوائى داخل المدن .

ثالثا : الخدمات العامة :

ظلت القرية المصرية ولفترة طويلة محرومة من معظم الخدمات ، وقامت الوزارات المختلفة منذ بداية هذا القرن بانشاء وحدات خدمية بالريف المصرى بصورة منفردة دون تنسيق بين هذه الوحدات . فانشأت وزارة الشئون الاجتماعية مراكز اجتماعية فى بعض القرى بلغ عددها حوالى ١٦٠ مركزا حتى عام ١٩٦٠ ، واقامت وزارة الصحة مجموعات صحية بلغ عدها حوالى ٢٢٠ مجموعة ، كما انشأت وزارة الزراعة مجموعات زراعية (تتكون المجموعة من وحدة زراعية ووحدة بيطرية) بلغ عددها حوالى ٤٠ مجموعة .

وفى عام ١٩٥٢ قرر المجلس الدائم للخدمات العامة تنسيق الجهود التى تقوم بها الوزارات المختلفة فى الريف المصرى حتى تعود بالفائدة على الفلاح ، وانتهت الى أن تؤدى الخدمات للريف المصرى بواسطة الوحدات المجمعة - تخدم الوحدة حوالى ٥ قرى تشمل الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية والزراعية ، وبدئ ، فى تنفيذ المشروع فى عام ١٩٥٤ وبلغ مجموع ما بنى منها ٣٢٠ وحدة مجمعة حتى عام ١٩٦٠ ، الذى صدر فيه قانون الادارة المحلية ، وترتب على صدور هذا القانون وقف مشروع الوحدات المجمعة ، والغاء المجالس القروية التابعة لوزارة الشئون البلدية والقروية سابقا والاسكان حاليا ، وانشئ بموجب هذا القانون مجالس قروية من نوع جديد - يختص المجلس القروى الجديد بالخدمات التعليمية والصحية والثقافية والاجتماعية والزراعية ، وبلغ عدد هذه المجالس فى البداية حوالى ١٠٠٠ مجلس قروى ، خفضت فيما بعد أكثر من مرة ، ويبلغ عددها فى الوظائف الحاضر حــوالى ٨٥٠ ، كما تغير اسمها من مجلس قروى الى وحدة محلية .

وقامت الوزارات المختلفة ببناء وحدات الخدمة الخاصة بها فى الريف المصرى - كما كان يحدث قبل مشروع الوحدات المجمعة دون أى تنسيق أو تخطيط مع باقى وحدات الخدمة الاخرى ، فتبنى المدرسة مثلا فى شمال القرية والوحدة الصحية فى غربها والجمعية الزراعية فى مكان ثالث والوحدة الاجتماعية فى جهة رابعة .

وفى عام ١٩٧٣ صدر قرار جمهورى بانشاء جهاز بناء وتنمية القرية

لتمويل مشروعات الخدمات المحلية وانشاء المشروعات ذات الطابع المحلى وخاصة التى تقوم منها على الجهود الذاتية .

رابعا : مياه الشرب :

لم يحظ الريف المصرى بأية عناية من الدولة خاصة بمياه الشرب النقية قبل عام ١٩٣٥ حيث أنشئت مصلحة الشئون القروية (كانت تتبع وزارة الصحة) وكان من أهم اغراضها تعميم مياه الشرب بالريف المصرى . وقد قامت هذه المصلحة بدراسة مصادر مياه الشرب وتبين ان ارخصها المياه الجوفية . ولما كانت المياه الجوفية لا تصلح بشمال الدلتا أو الفيوم فقد تقرر اقامة عمليات مرشحة لخدمة هذه المناطق .

وقد تم حتى عام ١٩٥٢ انشاء ٤٦٠ عملية مياه جوفية ميكانيكية ، و٥٠٠ عملية مياه جوفية يدوية بالقرى ، وبلغ عدد المنتفعين بمياه الشرب النقية بالريف وقتئذ من محطات المياه الجوفية والمرشحة ١٥٪ من تعداد سكان الريف .

وفى عام ١٩٥٥ أعطيت مشروعات مياه الشرب دفعة كبيرة بالتعاقد على مشروعات العقد المجمع لتعميم مياه الشرب ، وكان يشمل استكمال مشروعات مياه المرشحة الكبرى بشمال الدلتا والفيوم وانشاء ٦٠٠ عملية مياه ارتوازية ميكانيكية جديدة .

وبانتهاء العقد المجمع عام ١٩٥٩ كان قد تم انشاء عمليات مرشحة كبرى عديدة بمحافظات مختلفة ، علاوة على عمليات مياه جوفية كثيرة بعضها ميكانيكية وبعضها يدوية ، بجانب مجموعات لتوزيع المياه كان يتم التوزيع عن طريقها بالمجان ، وبذلك ارتفعت نسبة عدد المنتفعين من ١٥٪ الى ٧٢٪ .

وكان من المفروض بانتهاء تنفيذ اعمال العقد المجمع ان تصل المياه النقية الى جميع قرى الجمهورية ، ولكن اتضح ان هناك حوالى ١٠٪ من قرى الجمهورية وكذلك ثلثى العزب والنجوع والكفور لم تصلها المياه ، إما لأن القرى لا تصلح بها المياه الجوفية (لوجود املاح الحديد والمنجنيز) أو لانها مستجدة .

وبعد عام ١٩٦٠ توالت اقامة مشروعات مياه الشرب طبقا للخطة العامة للدولة والاعتمادات الكبيرة المتاحة لمد المياة للقرى والعزب والنجوع المحرومة من المياه ومعالجة المياه الجوفية غير الصالحة للشرب ، وكذلك مقابلة الزيادة المطردة فى السكان ، علاوة على زيادة الاستهلاك نتيجة لارتفاع الوعى الاجتماعى الذى نتج عنه أن اصبح الاستهلاك ٦٠ لترا للفرد يوميا وهو ضعف ما كان مقررا وقت البدء فى انشاء المشروعات .

ونتج عن ذلك ان ارتفعت نسبة عدد المنتفعين على النحو التالى :

السنة	١٩٦٠	١٩٦٥	١٩٧٠	١٩٧٥
نسبة المنتفعين	٧٢٪	٧٧٪	٨٥٪	٩٥٪

وارتفع انتاج المياه عام ١٩٧٥ الى ٤٠٠ الف متر مكعب يوميا مياه مرشحة و٧٠٠ ألف متر مكعب يوميا مياه جوفية .

وفى سنة ١٩٨٠ تم دراسة المخطط القومى لمياه الشرب على مستوى الدولة والذى أوضح الموقف العام لمياه الشرب لكل محافظة ورتبها الى أولويات ، وقد اوضحت هذه الدراسة حاجة الريف الى مشروعات لزيادة كفاءة مرافق مياه الشرب .

خامسا : الصرف الصحى :

بدأت بعض المحافظات فى انشاء شبكات الصرف الصحى بالقرى وكذلك عمليات تنقية المياه المجمعة قبل صرفها فى المصارف وذلك بمعاونة الوكالة الامريكية للتنمية الدولية . وكان ان اختيرت بعض القرى لانشاء هذه المشروعات فى أربع محافظات بالوجة البحرى هى محافظات دمياط والمنوفية والدقهلية والشرقية ، واتبعت فى انشاء عمليات التنقية عدة طرق مختلفة اساسها المعالجة البيولوجية المعتمدة على التهوية من أهمها :

– طريقة التهوية الممتدة باستخدام وحدات (سواف) :

وقد اتبعت هذه الطريقة فى ثمانى قرى بمحافظة دمياط وهى : الروضة – شرياص – كفر العرب – الغنيمية – السرو – ميت الخولى – الوسطانى – ميت أبو غالب .

- طريقة قنوات الأكسدة :

وقد اتبعت فى قرى : الخياطة - كفر البطيخ - كفر سعد البلد - كفر سليمان - الرحمانية - البراشية .

- طريقة أكوالايف :

وقد اتبعت فى القرى : كفر الغاب بمحافظة دمياط ، والكوم الأخضر وساحل الجوابر بمحافظة المنوفية .

- طريقة برك الأكسدة المهواة :

وطبقت فى قرية دقهلة بمحافظة دمياط .

- طريقة الأكسدة الطبيعية :

وطبقت فى قرية العدلية بمحافظة دمياط .

- طريقة المعالجة الابتدائية :

وطبقت فى قرية الزنكلون بمحافظة الشرقية .

سادسا : الكهرباء :

- مر مشروع كهربة الريف بعدة مراحل لم يلق فيها العناية اللازمة ، وكانت المجالس البلدية والمحلية والقروية وقتئذ تتولى إنارة بعض القرى بواسطة محطات ديزل لتوليد الكهرباء .

- فى عام ١٩٦٥ وضعت وزارة القوى الكهربائية خطة لكهربة ٢٢٠٠ قرية على مدى سبع سنوات ، الا أنه ما كادت تبدأ عملية التنفيذ حتى رؤى فى أواخر عام ١٩٦٥ تأجيل المشروع ولم تتعد القرى التى تمت انارتها ٤٪ من مجموع القرى .

- وفى عام ١٩٧١ دخل مشروع الريف مرحلة التنفيذ الفعلية عند انتهاء العمل بالسد العالى .

- تم بعد ذلك انشاء هيئة كهربة الريف والتى أوكل اليها جميع الأعمال اللازمة لتنفيذ مشروع كهربة الريف ، وتم ادخال الكهرباء فى حوالى ٤١٠٠ قرية و١٥٠٠ تجمع سكنى يزيد على ١٠٠٠ نسمة ، و٥٠٠٠ نجع وكفر .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ، وما دار فى المجلس من مناقشات ، يوصى بالآتى :

فى مجال التخطيط :

* دفع جهود التنمية العمرانية للقرية المصرية ، عن طريق التنسيق والترابط بين جميع الأجهزة والهيئات العاملة فى هذا المجال ، فى اطار سياسة موحدة يكون من أهم ملامحها ما يلى :

- وضع برامج قابلة للتنفيذ بأسلوب لا مركزى ضمن التخطيط العام للاقليم الذى تقع فيه القرية .

- توفير النواحى الأمنية والصحية بتحسين وتهذيب الكتلة السكانية الحالية ، بتعديل بعض الطرقات والمداخل وفتح النهايات المسدودة ، وخلخلة المبانى لايجاد مساحات مفتوحة مناسبة .

- سرعة الانتهاء من تحديد كردونات القرى .

- عدم الالتجاء الى نموذج موحد للسكن ، حيث أن عدم مراعاة اختلاف طبيعة وظروف كل مجموعة من القرى ، لا يحقق النمو العمرانى على أسس علمية سليمة .

- الوضع فى الاعتبار ان حوالى ٥٠٪ من سكان القرية يعتمدون فى معيشتهم على حرف أخرى غير الزراعة .

- الاهتمام بجذب فائض السكان الى الاماكن المتاخمة للأراضى الصحراوية والبور أو على محاور التنمية التى تخطط خارج الوادى والدلتا . مع وقف نمو الكتلة السكانية تماما للقرى التى تقع وسط الاراضى الزراعية .

- مواجهة الامتداد العمرانى العشوائى بحزم للحيلولة دون الاعتداء على الأراضى الزراعية .

- مواجهة الآثار السلبية التى تنجم عن عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية مثل : عدم وجود صرف صحى عند دخول مياه الشرب مما يتسبب فى جعل أغلب المساكن عرضة للانهيار لارتفاع المياه الجوفية ،

أو استخدام الكهرباء كعامل ترفيهى أكثر منه عاملا اقتصاديا .

في مجال التشريع :

* إعادة النظر فى مواد ومعايير أحكام قانون التخطيط العمرانى رقم ٣ لعام ١٩٨٢ ، الذ ى يتضمن أحكاما موحدة لكل من المدينة والقرية بحيث يكون للقرية شخصيتها ، بالاضافة الى ايجاد نصوص لا تتعارض مع التنفيذ العملى المطلوب ، وذلك فى اطار إعداد تشريعات خاصة لتخطيط القرية وتعميرها ، وتنميتها ، ونموها ، وتحديد أسس فنية هندسية لتطورها .

في مجال الاسكان :

* دراسة أوضاع الجمعيات التعاونية للاسكان التى شكلت بالقرى ليمكن عن طريقها ادخال اساليب الجهود الذاتية فى القرية فى مجال بناء المساكن فى مناطق التوسع العمرانى للقرية – مع انشاء شركات لهذا الغرض تعمل على جذب مدخرات العاملين بالخارج من ابناء القريـــة .

* ايجاد التوازن بين ما يخصص من اعتمادات – فى ميزانيات الوزارات المعنية بالتنمية العمرانية – للريف والمدن .

* اعداد تصميمات ارشادية وتنفيذية لنماذج جديدة للاسكان الريفى وفى اتجاهات متنوعة ومتعددة من مساكن تقليدية ريفية بطرق انشاء جديدة او مساكن ريفية متطورة . تتفق مع الاتجاهات الجديدة ومناسبة للاقاليم والبيئة والمناخ ، وتزويد الجمعيات التعاونية للاسكان وشركات التشييد بتلك النماذج مع توضيح تكاليف انشاء كل نموذج والاستفادة بالمواد المحلية ما امكن .

* اعداد خطط لاصلاحات جزئية للمساكن الحالية وتزويدها بالخدمات الضرورية وعمل وحدات جاهزة سهلة التركيب ومناسبة للعوامل الطبيعية والمناخية والاقتصادية .

* اعداد برامج التدريب وتنمية العمالة الفنية وتحسينها والتوسع فيها لتوفير اطقم ماهرة فى كافة مجالات التشييد – مع إعداد برامج اخرى لتدريب سكان القرية على صيانة وتجديد مساكنهم وذلك بالاستعانة بأجهزة التدريب والارشاد لدى الوزارات المختلفة .

في مجال المرافق :

* العناية بالمياه ومصدرها سواء كانت منقاة أو جوفية تعتمد على الآبار .

* الحد من الفاقد فى المياه باستعمال الصنابير ذاتية الغلق أو مقننة التصرف .

* التنسيق بين مشروعات مياه الشرب والصرف الصحى .

* فى المناطق الرملية ذات منسوب مياه الرشح المنخفض وفى المناطق المحرومة من المياه قد تكون المراحيض الجافة مناسبة ، وفى المناطق الزراعية ذات التربة الجافة قد يكون من الأنسب استعمال بيارات الرشح أو خزانات التحليل . وفى المناطق المصمم بها مشروعات مياه الشرب لابد من انشاء شبكة صرف صحى تجمع فى نقطة بعيدة عن القرى ويعمل لها العلاج اللازم .

* تحويل مشروعات تخفيض مياه الرشح الى مشروعات مجارى عامة حفاظا على الصحة العامة .

* استخدام مياه الصرف الصحى المنقاة فى اعمال الرى كلما امكن ذلك .

* ضرورة دراسة المشاريع التى قامت بها بعض المحافظات عن طريق المعونة الأجنبية وتقويمها بمعرف الخبراء المختصين من حيث سهولة الانشاء وسهولة التشغيل والصيانة واحتياجات العمالة المدربة واحتياجات الأراضى اللازمة واحتياجات الطاقة – وعدم اقامة مشاريع اخرى من هذا القبيل قبل أن تثبت صلاحية ومناسبة تم تنفيذه لظروف القرى .

* استكمال إنارة القرى ومد الخدمات العامة بالقرية بالتيار الكهربائى وفتح مجالات التصنيع وخاصة فى مجال الصناعات الصغيرة والحرفية والبيئية ، على أن يتم ذلك تدريجيا وفى حدود الامكانات المتاحة من الطاقة الكهربائية وغيرها من الطاقات الجديدة والمتجددة .

بدائل الطوب الأحمـــر التقليـــدى

لاتزال ظاهرة تجريف الأرض الزراعية لإنتاج الطوب الأحمر ، تمثل خطرا يهدد الانتاج الزراعى ، على الرغم من صدور التشريعات التى تجرم هذه العملية . ومن ثم عنى المجلس بدراسة امكانات وجود البدائل المختلفة التى يمكن أن تحل محل الطوب الأحمر التقليدى . وتخلص دراسته الموسعة فى النقاط الموجزة الآتية :

- عرفت مصر صناعة الطوب اللبن واستخدامه فى بناء المساكن وكان يعتمد فى صناعته على طمى فيضان نهر النيل . وقد رسخت هذه الصناعة بعد أن تأصلت عادة استخدام الطوب الأحمر فى البناء .

- احتجزت بحيرة السد العالى طمى الفيضان الذى يصنع منه الطوب الاحمر ، فانتشرت عمليات تجريف الأرض الزراعية وجسور النيل والرياحات والترع ، للحصول على الطمى المترسب بها ليصنع منه الطوب الأحمر ، مما كان له آثارسلبية على انتاجية الأرض الزراعية والرى ومياهه .

- لهذا كان لزاما البحث عن بدائل الطوب الاحمر ، والاعلان عنها حتى يقتنع المواطنون بها ، مع إنتاج مايسد حاجة المجتمع منها .

- ولما لم تكن هناك طاقة كافية لانتاج البدائل اللازمة ، زاد عدد قمائن الطوب الأحمر وارتفعت أسعاره ارتفاعا كبيرا . فاتفقت جميع الأجهزة الحكومية على القضاء على هذه الظاهرة واتخذت الوسائل المختلفة لذلك ، ولكن لم يتحقق الهدف المطلوب ، لاسيما أن بعض أصحاب القمائن لجأوا الى التحايل على ما أتخذ من اجراءات طلبا للكسب السريع كما أن بعض مصانع البدائل لم تلتزم بمواصفات جودة الانتاج ، مما أدى الى استمرار استعمال الطوب الأحمر التقليدى .

البدائل المختلفة للطوب التقليدى :

١- الطوب والبلوكات الأسمنتية :

ينتج فى صور مختلفة من حيث : الخلطة - المقاسات - مصمتة أو مفرغة - عادية الوزن أو خفيفة - عالية المقاومة أو منخفضة .

٢- الطوب من الركام الخفيف (ليكا) :

الركام الخفيف عبارة عن طفلات صحراوية ذات صفات معينة من حيث تركيبها الكيميائى والمعدنى . وباستعمال الركام الخفيف فى خلطة اسمنتية يمكن انتاج طوب خفيف هو أحد أنواع الطوب الأسمنتى .

٣- الطوب الرملى :

يصنع من خليط من رمل سيليسى وجير حى ، وبنسب محددة . وفى بعض الحالات تضاف بعض الاضافات غير العضوية لاعطاء الطوبة المنتجة اللون المطلوب .

٤- الطوب الرملى الخفيف :

يصنع من خليط من رمل سيليسى ناعم ، وجير حى ، وأسمنت ، وعنصر فلزى وماء بنسب محددة ، وهو طوب مقاوم للضغط.

٥- الطوب الطفلى :

يصنع من الطفلة الصحراوية الموجودة بكميات وفيرة فى مناطق متعددة فى الصحارى المصرية . وهى تختلف فى تكوينها المعدنى والكيميائى تبعا لظروف تكوينها ولذلك فخواصها تختلف تبعا لذلك ، كما انها تمتاز بدرجة مرتفعة فى خاصية لدونتها . ويمتاز هذا الطوب بمقاومته العالية للضغط وانخفاض نسبة امتصاصه للماء .

٦- البلوكات الجبسية :

تصنع من خليط من الجبس المكلس ذى خواص معنية وبنسبة معينة من الماء . وينتج هذا الجبس بتكليس الجبس الطبيعى فى درجة حرارة

معينة ، ويعد تشكيل البلوكات منه تجفف صناعيا أو طبيعيا ، ويمكن تشكيلها مصمتة أو مفرغة ، وهى تصلح لإقامة القواطع الداخلية فى المبانى السكنية والادارية والفندقية ، ولاتصلح لاقامة الحوائط الخارجية .

٧ – البلوكات من الأحجار الطبيعية :

تنتشر الأحجار الطبيعية فى مصر على جانبى وادى النيل وفى الصحراء الشرقية والغربية وشرق الدلتا وغربها وسيناء ، وكمياتها وفيرة . وهى إما جيرية أو رملية .

مقارنة بين حجم الاستثمارات لبعض أنواع بدائل الطوب الأحمر :

وضح من دراسة تمت فى ديسمبر ١٩٨٥ أن البلوكات الخرسانية المجففة تحتاج الى أقل استثمارات بالمقارنة بالأنواع الأخرى .

كما ثبت من دراسة أخرى أن البلوكات الجبسية أنسب بدائل الطوب الأحمر فى اقامة القواطيع الداخلية .

التوصيات

وعلى ضوء دراسة المجلس ومادار حولها فى اجتماعه من مناقشات ، برزت مجموعة من الاتجاهات والآراء ، يأتى فى مقدمتها :

– أن قانون التجريف الحالى ينص على عقوبات رادعة كافية ، مما يتعين تطبيقه بحزم بواسطة رجال الادارة الذين يجب أن تمتد اليهم مسئولية عدم تنفيذه .

– أن على وزارة الصناعة أن تضع مواصفات قياسية ملزمة ضمانا لجودة الانتاج .

– أهمية إعادة النظر فى تصميم المبانى والمنشآت بما يتفق والبيئة المصرية ، وهنا يأتى دور المهندس الاستشارى لاختيار الطوب البديل بما يمنع استخدام الطوب الأحمر .

– أن الاعتماد على الطوب الاسمنتى تواجهه مشكلة تدبير النقد الأجنبى اللازم لاستيراده بسبب نقص الانتاج المحلى منه .

وعلى ضوء ماسبق جميعه يوصى بالآتى :

فيما يختص بالطوب الطفلى :

* انشاء شركات مساهمة تختص بأعمال تجهيز الخامة وتوريدها للمصانع بمحاجر تقام فى اماكن تواجد الخامة بكميات وفيرة ، بعد دراسة شاملة لاختيار أنسبها . على أن يسهم أصحاب المصانع التى تعمل فى انتاج الطوب الطفلى فى هذه الشركات .

* أن يكون التوسع فى انتاجه بالقدر الذى تحتاج اليه نوعيات معينة من المنشآت التى تتعرض للمياه ، وفى انشاء الحوائط الحاملة فى المبانى ذات الارتفاعات المنخفضة .

* انشاء وحدات انتاجية جديدة تتلافى عيوب الطريق المستخدمة حاليا فى انتاجه كالأخذ بالطريقة الجافة للكبس .

* تطوير مصانع الطوب الأحمر بحيث تتحول إلى انتاج الطوب الطفلى ، مع ضرورة نقلها قريبا من أماكن وجودها بالصحراء .

فيما يختص بالطوب الاسمنتى :

* ضرورة التوسع فى انتاجه بما يغطى احتياجات أعمال البناء على أن يتم ذلك طبقا لمواصفات عالية عن طريق التحكم فى مكونات الخلطة .

فيما يختص بانتاج البلوكات الجبسية :

* يتعين استخدامها كبديل للطوب الأحمر فى إقامة القواطيع الداخلية فى المبانى السكنية والادارية والفندقية .

. مع ضرورة إعداد برامج تدريبية متخصصة للعاملين فى إنتاجها أو استخدامها .

فيما يختص بالأحجار الطبيعية :

* ضرورة التوسع فى انتاج وحدات البناء من هذه الاحجار وبخاصة فى إقامة المبانى المنخفضة الارتفاع ولاسيما فى الاماكن القريبة من مصادر هذه الأحجار .

فيما يختص بالرقابة الصناعية :

* وضع نظام محكم لخضوع المصانع المقترحة – أنشاء أو تطويرا

وبالأخص فيما يتصل بالطوب الاسمنتى - للرقابة الصناعية وجودة الانتاج وفقا للمواصفات القياسية التى تضعها وزارة الصناعة . على أن تخضع عمليات تكوين الخلطات أيضا للرقابة الصناعية ، مع إعداد برامج تدريبية للعاملين فى هذه الصناعة.

فيما يختص بالتشريعات :

* إصدار تشريع يلزم المكاتب الهندسية والاستشارية التى تقوم بإعداد التصميمات الهندسية للمنشآت وتحديد مواصفات المواد المستخدمة بمنع السماح باستعمال الطوب الأحمر عن طريق تحديد استخدام أحد البدائل المناسبة ، وذلك لمسئوليتهم عن تنفيذ الأعمال .

* إعمال القانون الحالى بمنع التجريف بحزم وجدية ، مع اضافة عقوبة تبعية تجيز إزالة المصانع التى يثبت استخدامها التربة الزراعية لإنتاج الطوب الأحمر وذلك بضوابط معينة .

الدورة العاشرة ١٩٨٩- ١٩٩٠

اختلال البيئة العمرانية للمدينة المصرية

ان اختلال البيئة العمرانية يختلف فى الدرجة وليس فى الطبيعة من مدينة الى أخرى ومايقال عن مدينة يمكن أن يقال عن بقية المدن الأخـرى ، وقد أخذنا فى هذه الدراسة حالة مدينة القاهرة وذلك لأن مظاهر اختلال البيئة العمرانية بها أوضح مايكون ، الى الدرجة التى تجعل أنشطة الحياة البشرية بها سواء أكانت خاصة بالسكن أم بالعمـــل ، تتم فى مناخ غير ملائم ، بل وغير صحى من الناحيتين المادية والنفسية : هذا فضلا عن أن هذا الاختلال لا يتفق والمظهر الحضارى الواجب توافره فى عاصمة لها شأنها التاريخى مثل القاهــرة . وتأتى هذه الدراسة امتدادا لدراستين سابقتين تم عرضهما على المجلس ، الاولى عن مشكلات العاصمة والثانية عن مشكلات المرور على وجه التحديد . وسوف تستمر هذه الدراسات حتى يتم تناول كافة أنواع الاختلال فى البيئة المصرية .

وتخلص أهم نقاط الدراسة الحالية فيما يلى :

- ان القاهرة ليست مدينة واحدة متجانسة ، بل هى عدة مدن متجاورة تفصل بينها خطوط واضحة وينتمى كل منها الى عصر من العصور التاريخية ، وتحتفظ كل منها بسمات هذا العصر التخطيطية والعمرانية . ان الانتقال من مدينة الى أخرى يعنى الانتقال من حقبة تاريخية الى حقبة أخرى . فالقاهرة فى حقيقة الأمر عبارة عن ثلاث مدائن متتالية : الاولى هى المدينة التراثية والثانية هى قاهرة القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين والأخيرة هى الامتدادات الكبيرة التى تمت خلال العقود الأربعة الأخيرة

وكان نمط الانتقال السكانى من مدينة الى أخرى يكاد يكون واحدا فى كل حالة وهو عبارة عن انتقال أبناء الطبقة العليا الى خارج المدينة القديمة يليها انتقال الطبقة الوسطى تاركين وراءهم الطبقة الدنيا وهكذا تتكرر نفس الحركة عبر التاريخ ، حتى وصلت القاهرة الكبرى الى ماهى عليه الآن متخذة شكل مروحة تقريبا ، قاعدتها تلال المقطم الممتدة من مصر الجديدة شمالا الى حلوان جنوبا .

- وقد أقامت المدينة التراثية دول متتالية منذ الفتح الاسلامى مرورا بالطولونيين الى الفاطميين الى الايوبيين الى المماليك وأخيرا دولة العثمانيين . وأضافت كل دولة من الروائع المعمارية ما جعل القاهرة بحق

تمثل أكبر تجمع للتراث الاسلامي المعماري والتخطيطي في العالم كله . وتمتاز المدينة التراثية بتجانس واتساق عظيمين ، كما أن لها سمات مدينة العصور الوسطى ، والتي تتمثل في الاحياء المهنية المتخصصة والشوارع المتعرجة الضيقة والبيوت المفتوحة الى الداخل وشبه المغلقة تقريبا على الخارج فيما عدا نوافذ ضيقة ذات مشربيات .

وتخترق هذه المدينة شرايين رئيسية أهمها شارع المعز والغورية ، ويمتد من باب النصر شمالا الى باب زويلة جنوبا ، وكذلك شارع مارسينا المتد من ميدان السيدة شرقا الى ميدان القلعة غربا مارا بمسجد ابن طولون ، ويقع على هذين الشريانين مجموعة المباني الاسلامية ذات الشهرة العالمية ، وكذلك الوكالات والخانات ومراكز التجارة في ذلك العصر .

- أما مدينة القرن التاسع عشر فقد انشئت عقب الانفتاح الكبير على الحضارة الغربية في أوائل القرن التاسع عشر وبعد تغلغل النفوذ الاوربي في كافة مجالات الحياة المصرية ، وساهم في تخطيط وبناء هذه المدينة ولاة وحكام الاسرة العلوية الحاكمة في ذلك الوقت ، والجاليات الأجنبية والطبقة العليا من المجتمع المصري ، وتشمل هذه المدينة الأحياء الآتية : منطقة وسط المدينة ، وهي المركز الرئيسي للنشاط التجاري والمالي والمهني ، وأحياء الزمالك وجاردن سيتي والمعادي ، وهي أحياء سكنية للجاليات الاجنبية وأبناء الطبقة العليا من المجتمع المصري ، ثم أحياء العباسية والمنيل وشبرا لسكنى الطبقة الوسطى بشرائحها المختلفة . ثم جاءت أخيرا مصر الجديدة لتجذب أثرياء هذه الطبقة من المصريين والاجانب في النصف الاول من القرن العشرين .

وقد أقيمت هذه الاحياء جميعها على نمط التخطيط الغربي بمدارسه المختلفة ، خصوصا النمط الباريسي في تخطيط وسط المدينة . وكان للخديو اسماعيل دوره الكبير في تعمير هذه المنطقة ، ولاسيما عندما نقل مركز الحكم الى قصر عابدين بعد أن ظل في القلعة قرابة ألف عـام . وشق طريق محمد على ببواكيه المشهورة ليربط المدينة القديمة بمدينته الجديدة .أما الأحياء السكنية فكانت أوربية الطابع بطرزها المختلفة فأنشئت المعادي على نمط البيوت الريفية الانجليزية وأنشئت بأحياء الزمالك وجاردن سيتي قصور متميزة معماريا على نمط طرز القصور الفرنسية والايطالية ، وقلما نجد مثل هذا التجمع الممتاز من العمارة مابعد الكلاسيكية (قبل أن يهدم الكثير منها) في عاصمة أخرى حتى عواصم الغرب . وحاولت مصر الجديدة أن تعطى لمبانيها طرازا اسلاميا وأن كانت غربية التخطيط .

أما أحياء الطبقة الوسطى فكان لها طابعها المميز أيضا : شريان رئيسي (شارع العباسية - شارع شبرا - شارع المنيل) تسير وسائل المواصلات العامة وتقع به الأنشطة المهنية والتجارية والترفيهية ويسكن على جانبيه الشريحة العليا من أبناء هذه الطبقة ثم شوارع سكنية خلفيـــة .

- أما المدينة الثالثة فتتمثل في الامتدادات الكبيرة التي تمت خلال الاربعين سنة الماضية حول المدينة الوسطى والتي جاءت بها المتغيرات الجذرية الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها مصر في هذه الفترة .

وشملت هذه الامتدادات مدينة نصر ومدينة الأوقاف وامتدادات أحياء المعادي ومصر الجديدة وحلوان وشبرا ومنطقة الهرم بالجيزة . ثم جاءت أخيرا في العشرين سنة الماضية امتدادات الاحياء العشوائية لتخيط المدينة في كل جوانبها تقريبا .

ومن الملاحظ عموما أن هذه الامتدادات الأخيرة تجاوزت كل محاولات التخطيط العمراني التي بذلت لتنظيمها وتحديد اتجاهاتها ، كما أن طرزها المعمارية ليست على نفس الدرجة والقيمة التي كانت لأحياء المدينة الوسطى (مدينة القرن التاسع عشر والنصف الاول من القرن العشرين) بل اتسمت بعدم التجانس الشديد حتى أنه يمكن أن توصف بالفوضى المعمارية والعمرانية .

ويمكن في هذا المجال إبراز عدة حقائق أساسية :

أولا : كان للمدينة التراثية طابعها الاصيل الخاص بها ، كما كان

للمدينة الوسطى أيضا طابعها الأوربى المتميز وكان لها قيمة حضارية كبيرة ، ويرجع ذلك فى المقام الأول الى أنه كان لكل منها وحدة متكاملة فى الثقافة وفى نمط الحياة أديا بالضرورة الــــى وحدة فى التخطيط والعمارة.

ثانيا : لاتتمتع المدينة الثالثة (مدينة الأربعين سنة الأخيرة) بهذه القيمة الحضارية فى تخطيطها ومعمارها ، كما ينقصها الى حد كبير وحدة الثقافة ووحدة نمط الحياة ، وقد أدى ذلك الى تنافر شديد فى التخطيط والعمارة ، وقد اتسمت هذه المدينة بالسرعة الكبيرة فى الامتداد والتغيير ، ولذا فانها لم تتم حسب تخطيط وفكر مسبق مثل سابقتيها ، ويرجع كل ذلك الى أن قوى وعوامل التغيير كانت أقوى وأسرع من ميكانيكية التخطيط ، ونذكر هنا على سبيل المثال الهجرة الريفية الكبيرة المفاجئة الى داخل المدينة . كما تجدر الاشارة الى أن مساحة هذه الامتدادات ، فى أربعين عاما فقط تزيد عن مساحة المدينتين الأوليين – وقد أنشئتا فى خلال الألف عام – بما لايقل عن ثلاث مرات .

ثالثا : كانت كل من المدينة التراثية والمدينة الوسطى شبه مغلقة على سكانها ، تمثل كل منها حياة منفصلة تماما عن الأخرى ، ثم جاءت المدينه الثالثة فى عصر اتسم بالثورية ، وتم فيه فتح القنوات بين المدن الثلاث ، مما أدى الى اختلال الأنشطة واختلاط الشرائح الاجتماعية ، كما أدى إلى تصادم قيمى وسلوكى بين هذه الشرائح وتصادم أيضا فى المصالح والتطلعات ، انتهى الى مانراه الآن من قلق وتشويه عمرانى شمل المدن الثلاث التراثية والوسطى والحديثة . لقد تحولت القاهرة فى هذه الفترة من مدينة عاصمة الى مستودع ضخم لكل الأنشطة البشريـــة ، انتاجية كانت أم غير انتاجية ، وكذلك تخلت عن دورها العمرانى القيادى لتصبح تجمعا للأحياء المتباينة يستهلك الكثير من حيويه وموارد الدولة .

ومما يجدر الاشارة اليه هنا أن المدينة كسلطة مدنية لم يعد لها هيمنة كافية على شئونها داخل حدودها منذ أن أخذت بنظام الحكم المحلى عام ١٩٦١ . اذ أنه من الملاحظ أن المشروعات الكبرى داخل المدينة ، تقوم بها الوزارات المركزية تاركة الادارة اليومية وبعض المشروعات الأقل أهمية لسلطة المدينة . ونضرب بعض الأمثلة الواضحة على ذلك : أن تحديد استغلال شاطئ النيل بالمدينة متروك لوزارة الرى ، وتحديد ارتفاعات المبانى على شاطئيه من اختصاص وزارة الاسكان ، وقد قامت أخيرا وزارة النقل بانشاء مشروع مترو الانفاق ، كما تقوم وزارة التعمير بعمل الطريق الدائرى والمدن التوابع ، بل تقوم بإعداد التخطيط العمرانى للمدينة ، كما أن مشروعات المرافق والخدمات من كهرباء وتليفونات ومياه وصرف ، تتبع وزارات الكهرباء والمواصلات والاسكان والتعمير على التوالى . ومهما قيل فى محاولة التنسيق بين كل الجهات ، فان الامر يختلف تماما وضعت جميعها تحت سلطة واحدة ، هى سلطة المدينة ، كما كان عليه الحال عندما كنا ناخذ بنظام البلديات من بدايات هذا القرن حتى القرن عام ١٩٦١ . لقد كانت هذه الفترة بلا شك تمثل العصر الذهبى للمدينة المصرية ، ويجب علينا أن نشيد بما أدته بلديات مدننا الكبرى من خدمات العمران والتعمير ، حتى صار لبعضها شأن كبير ليس فقط على المستوى المحلى ، بل أيضا على المستوى الدولى ، مثل الاسكندرية وبورسعيد والقاهرة . وبرغم قصر المدة التى عاشتها بلدية القاهرة (١٩٥٠ – ١٩٦١) الا أنها كانت كافية لابراز مزايا هذا النظام فى ادارة المدن . ويكفى أن نقول أن أول تخطيط علمى شامل للعاصمة قد بدأ العمل فيه خلال هذه الفترة .

ان تعدد الجهات التى تعمل داخل المدينة الآن ، سينتج عنه بالضرورة تداخل الاختصاصات وصعوبة التخطيط وفقدان الهيمنة . مما يؤدى الى مزيد من التشويه المعمارى والتخطيطى ، والذى نعانى منه أشد المعاناة الآن .

ويمكن ايجاز مظاهر هذا التشوه فيما يلى :

– من أهم المظاهر السلبية المحسوسة واشدها خطرا هدم الكثير

من المبانى ذات القيمة المعمارية والحضارية والتاريخية أمام زحف قوى التغيير .

لقد فقدت مصر فى المدينة الوسطى (مدينة القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين) ثروة معمارية لايمكن تعويضها ولا يمكن تقديرها بمال ، نذكر على سبيل المثال : قصر شريف باشا صبرى - قصر النيل عباس حليم - قصر محمد باشا سلطان - قصر هدى هانم شعراوى - بيت السيدة أم كلثوم ، وغيرها من القصور ، ويجرى حاليا الحديث عن كرمة ابن هانــى (بيت الشاعر أحمــد شوقى) . وكان آخر القصور التى أمتدت اليها معاول الهدم فى هذه السلسلة من التدمير الحضارى هو قصر بهى الدين باشا بركات بالجيزة . كما امتدت يد الهدم الى المدينة التراثية وفقدنا خلال الخمسين عاما الماضية مايقرب من مائتى أثر اسلامى سجلها كرزويل فى بداية هذا القرن ، وليس لها وجود الآن ، وأقيمت مكانها مبان لاعلاقة لها عمرانيا بالبيئة التراثية التى أقيمت فيها .

- زحفت الأنشطة التجارية والمالية والمهنية والسياحية الى أحياء كان طابعها اسكانيا فى المقام الأول مثل جاردن سيتى والزمالك ومدينة المهندسين والمعادى ومصرالجديدة ، وقد أدى هذا الاختلاط فى الأنشطة المتباينة الى فقدان الاتزان المعمارى والعمرانى لهذه الأحياء ، كما أدى الى اختلال فى استخدام الأراضى والمبانى . ولايشمل الحى الواحد العديد من الأنشطة المتباينة فقط ، بل قد يشتمل المبنى الواحد أيضا عليها ، فليس غريبا الآن أن نرى واحدا يشتمل الدور الارضى فيه على نشاط تجارى ، وتخصص بعض الادوار كفندق وبعض الادوار الأخرى للنشاط المهنى والباقى للسكن ، وقد تحولت بعض الاحياء بأكملها الى ورش لاصلاح السيارات ، مثل حى عابدين وحى الظاهر وحى السكاكينى و غيرها ، وهى تاريخيا أحياء سكنية لابناء الطبقة الوسطى بشرائحها المختلفة .

- أقيمت أحياء عشوائية كاملة وشاسعة حول المدينة ، ريفية فى طابعها المعمارى والتخطيطى ، ويسكن هذه الاحياء الوافدون من الريف الى المدينة ، وقد حملوا معهم اليها نمط الحياة الريفية وسلوكيات الريفيين وتسمى هذه الاحياء أحيانا بالاحياء الهامشية لوجودها على هوامش الكتلة العمرانية للمدينة ، وأحيانا أخرى تسمى بالاحياء العشوائية ، وذلك لانها نمت بسرعة كبيرة حول المدينة خصوصا فى المناطق الزراعيـة ، خارج نطاق اشراف وهيمنة السلطة الرسمية للحكومة ، ولاتراعى فى مناطق الاسكان العشوائى القواعد المبدئية للتخطيط ، فتتروح عروض الشوارع بها من ٢ الى ٤ أمتار ونادرا مايزيد عن ذلك ، كما أن هذه المناطق خالية تماما من الخدمات الاجتماعية ، مثل المدارس والوحدات الصحية ومراكز البوليس والاطفاء وغيرها . وبمجرد أن تصبح مناطق الاسكان العشوائى أحياء سكنية مستقرة ، يسارع سكانها الى طلب مد المرافق والخدمات اليها ، وتجد السلطات الحكومية نفسها مضطرة الى قبول الأمر الواقع ، وتحاول أن تمد هذه الأحياء بالمرافق والخدمات بقدر الامكان ، ولكن على الرغم من ذلك تبقى هذه المناطق أقل تمتعا بالخدمات عن غيرها ، وقد تعود السكان أن يعيشوا بدون مرافق سنوات طويلة. ولايوجد فى هذه الأحياء نظام لجمع القمامة التى تتراكم فى المساحات الخالية وفى الشوارع ، وتتحول الى بؤر لتفريخ الحشرات .

- كثيرا ما نضطر تحت ضغط المشاكل العاجلة الى ايجاد حلول جزئية ، مع اغفال النظم الكلية الشاملة للمدينة بعناصرها المتشابكة المتداخلة . وأحيانا ما تكون للحل الجزئى آثار سلبية جانبية على نواح عمرانية أخرى ، وأقرب الأمثلة على ذلك الكبارى العلوية التى توسعنا أخيرا فى انشائها . فقد أقيمت هذه الكبارى لمواجهة الحجم المتزايد لحركة المرور التى لم تعد الشوارع قادرة على استيعابها . ومع التسليم بأن هذه الكبارى قد ساهمت فعلا والى حد كبير فى انسيـاب حركة

المرور ، الا أن مسارات بعضها خصوصا كوبرى شارع الأزهر يتعارض مع المفهوم الصحيح لتخطيط المناطق التراثية ، والذى يستوجب أن يكون حجم المرور الآلى بها أدنى مايمكن أن لم يختف نهائيا حتى يتمكن المشاة من الانتقال بين أجزائها فى سهولة ويسر ، وحتى يتوفر المناخ الملائم لمشاهدة الأماكن الأثرية ومعايشتها . ان هذه الكبارى وحجم المرور عليها ، قد عاقت الرؤيا البصرية والاستمتاع بالقيم الجمالية والفنية لهذه الأحياء ، فضلا عن أنها قد شطرت قاهرة المعز الى شطرين شبه منفصلين .

وكذلك تم انشاء مترو الانفاق دون إعداد تخطيط مسبق للميادين التى يمر بها ، مثل ميدان باب الحديد وميدان التحرير . وكان من الواجب ربط تخطيط هذه الميادين بمشروع المترو ، اذ انهما فى حقيقة الأمر عملية واحدة متكاملة .

– تداخل السلطات والاختصاصات داخل المدينة ، وانتزاع الكثير من الصلاحيات التى كانت تقليديا تابعة للمدينة ، قد أدت الى ضعف سلطتها ، كما أدت الى عدم تخطيط متكامل بكافة مستوياته وتفاصيله ، مثل استخدامات الأراضى وغيرها من المحددات اللازمة لضبط النمو العمرانى وتحديد مساره ، والحفاظ على بيئة عمرانية سليمة داخل المدينة .

– أن غالبية مناطق العمران وخاصة بالقاهرة الكبرى تفتقر الى القوانين والاشتراطات الخاصة التى تحافظ على طابع كل منطقة ، وتعمل على عدم التكدس السكانى ، كما تعمل على تسهيل امكان خدمة كل منطقة بوسائل النقل والمرافق وبالخدمات العامة والمساحات الخضراء . والقوانين الخاصة بتوجيه وتنظيم المبانى المطبقة الآن ، قاصرة عن مجابهة العمران على أسس علمية جمالية سليمة ، كما أن الاشتراطات الخاصة لاى منطقة يجب أن تحدد اساسا على الكثافة البنائية وبالتبعية الكثافة السكانية – علاوة على تحديد استعمالات الاراضى للحفاظ على طابعها وحتى لاتتدهور المنطقة اجتماعيا واقتصاديا وجماليا .

ويلاحظ أن ادارات المدن بدلا من أن تتبنى الاشتراطات البنائية المعمول بها فى بعض المناطق ، تناولت هذه الاشتراطات بالتعديل الذى يتعارض مع الاسس العلمية سواء من الناحية التخطيطية أو المعمارية ، وأدى تداخل الأنشطة والامتدادات العشوائية وضعف هيمنة المدينة وفى غياب تخطيط تفصيلى ، الى اختلال شديد فى البيئة العمرانية نوجز بعض مظاهره البصرية فيما يلى :

. فقدان الطابع المعمارى داخل الحى الواحد ، أذ أصبح منظرا شائعا أن نرى فيلات منفصلة تجاورها عمارات شاهقة متلاصقة ، وقريبا منها مبنى ادارى بواجهات زجاجية ، وهذه المبانى تختلف فى الارتفاعات وفى الأحجام وفى الطرز المعمارية ، ولايجمعها تجانس أو تناسق بل من الملاحظ شدة التنافر بينها ، وحى جاردن سيتى وحى المهندسين وحى الزمالك خير مثل على ذلك .

. اختفاء الحدائق الخاصة (والعامة أيضا) واقامة كتل من المبانى الصماء مكانها مما أفقد التتابع البصرى عنصرا هاما من عناصره الجمالية وهو الفراغ الأخضر بين كتل المبانى .

. أدت الاضافات العلوية لبعض المبانى الى تشويه كبير بها ، فقد اقيمت هذه المبانى بطراز معمارى معين ، وأضيفت الادوار العلوية بطراز مختلف ، وتستخدم هذه الادوار المستجدة فى الأنشطة الوافدة ، ففقد المبنى بذلك وحدته المعمارية .

. انشاء كل مبنى على حدة دون النظر الى مايجاوره من مبان ، وكأنه وحدة منفصلة لاعلاقة بينه وبين المبانى الاخرى الواقعة فى المجال البصرى ، وما علينا إلا أن ننظر الى سلسلة المبانى على كورنيش النيل فقلما نجد تناسقا بينها فى الاحجام والارتفاعات والأشكال ، وكذلك فى الطابع المعمارى . وذلك لان كلا منها صمم منفصلا دون محاولة تذكر

لربطه معماريا مع مايجاوره من مبان أخرى ، وربما كانت المحاولة الوحيدة الواضحة فى المجموعة لإيجاد علاقة بصرية بين مبنيين ، كانت فى حالة مبنى بلدية القاهرة ومبنى فندق النيل هيلتون .

وربما كان هذا التلوث البصرى أوضح مايكون فى المدينة التراثية ، فقد أقحمت عليها مبان حديثة دون النظر للطابع الاصيل لهذه المدينة . فجاورت المساجد والمبانى الأثرية عمارات عالية ذات ألوان وأشكال متنافرة ولا علاقة لها بالمبانى الاثرية القائمة . ولم نجد مكانا لإقامة خزان مياه غير ميدان القلعة الواقع على جوانبه أجمل المبانى الاسلامية ، فجاء هذا الخزان كجسم غريب شاذ فى وسط بانوراما تاريخية رائعـة ، ولو تم الحفاظ على هذه المدينة ، لكان لدينا الآن ثروة سياحية بل ثروة ثقافية وحضارية ، قل أن نجد لها مثيلا فى أى مكان آخر فى العالم .

. تحول الكثير من مبانى القاهرة خصوصا الواقعة منها على الشرايين الرئيسية للمواصلات مثل شارع رمسيس الى سلسلة متصلة من الاعلانات ، على كامل ارتفاع المبنى أو فوقه . وقد علت هذه الاعلانات بعض المبانى العامة ذات الطراز المعمارى المتميز مثل الاعلان فوق مبنى محطة السكة الحديد وشبيهه فوق الباب الرئيسى لحديقة الاورمان .

. التركيز الشديد على العنصر الاستثمارى للمبنى دون النظر الى الجوانب الجمالية ، قد أدى الى تجريد الشارع المصرى من عنصر الجمال والراحة النفسية لساكنيه أو المارين به ، على نحو يؤدى الى التضحية بالحدائق والمساحات الخضراء .

. لم يقتصر التشويه وعدم التنسيق على المبانى نفسها ، بل امتد أيضا الى الارصفة أمامها . فقد اختلفت فى طرق وتبليطها ومستوياتهـا ، فبعضها فوق مستوى الشارع بارتفاعات مختلفة ، وبعضها الآخر تحت منسوب الشارع ، نكاد لانرى رصيفا مستويا لمسافة طويلة . وسمحت الاجهزة المعنية باستخدام هذه الأرصفة أصلا للمشاة باقامة مبان معدنية عليها بلون برتقالى ، واستخدمتها لبيع البقالـة ، وسار الاهالى على هذا المنوال فحولوا الأرصفة بدورهم الى محلات لأنشطة تجارية . وفى كثير من الأحيان امتد نشاط أصحاب الحوانيت الى خارج محلاتهم لكى يشمل الرصيف بل الشارع أمامهم .

. ومما يذكر أن صناديق القمامة قد وضعت كل مجموعة منها على أرصفة الشوارع وفى أغلب الأحيان تمتلىء بالقمامة وتفيض على جوانبها ، وتترك على هذا الوضع أياما عديدة ، تتحول الى مصدر للرائحة الكريهة وتجمع الحشرات ، ويؤدى طول تركها الى تفاعلات ذاتية ينتج عنها ارتفاع حرارتها ثم اشتعالها ، ويترك الدخان يتصاعد منها الى أن تأتى النيران المشتعلة على مافيها من قمامة مما يعرض حياة الاشخاص وأموالهم للخطر .

. استخدام الشوارع كمواقف للسيارات مما يعوق حركة المرور وانسيابها فى هذه الشوارع ، ويبلغ عدد صفوف الانتظار فى بعض الأحيان ثلاثة فى شارع سعته أربع حارات ، أى أن المتاح حارة واحدة فقط للمرور فى الاتجاهين .

تشريعات المبانى :

- وفى هذا المجال يجب الاشارة الى أنه قد تم فى عام ١٩٧٦ مراجعة قانون توجيه وتنظيم المبانى الذى كان مطبقا على المدن منذ صدوره عام ١٩٤٢ ، وكانت أول محاولة للوصول الى قانون ولا ئحته تنفيذية مستجدة لتلافى النتائج السيئة بسبب تطبيق قانون عام ١٩٤٢ ، والتى كانت سببا فى اختلال البيئة العمرانية . وتم استحداث مواد جديدة منها الكثافة البنائية التى أخذت بها لأول مرة تشريعات المبانى فى مصر ، وجعلت منها قاعدة بنائية بهدف الحد من الكثافة السكانية ، والوصول بها الى المعدلات المناسبة ، وبالتبعية تلافى العيوب المتعددة بسبب تطبيق القانون القديم من الناحيتين التخطيطية والمعمارية . كما

أن هذه المواد المستحدثة كانت ستؤدى الى توفير الحرية للمهندس المعمارى فى الابتكار ، والحصول على تنوع فى التشكيل الفراغى للمبانى ، وترك المسافات اللازمة الأمامية منها أو الجانبية ، والاستفادة بها فى عناصر وظيفية مكشوفة أو عناصر جمالية مثل المداخل والأشجار والمساحات الخضراء ونوافير المياه ، وغيرها ، وبذا يمكن تلافى حدة استمرار الجدار البنائى على جانبى الطرق كما هو حادث الآن .

ولكن بعد صدور القانون ١٠٦ لسنة ١٩٧٦ تم اصدار اللائحة التنفيذية له بالقرار الوزارى رقم ٢٣٧ لعام ١٩٧٧ وتشمل المواد المستحدثة سابق الاشارة اليها الا أنها أضافت مادة تقضى بأن تسرى أحكام المواد المذكورة اعتبارا من اليوم التالى لانقضاء مدة سنتين من تاريخ نشر اللائحة ، ثم تم مدها الى فترة أخرى حتى ٢٥/٣/ ١٩٨٢ . وخلال الفترات الانتقالية نصت اللائحة على أن تسرى أحكام القانون القديم ، ثم بطريقة غير مباشرة ألغيت هذه المواد كليا ضمن اللائحة التنفيذية لقانون التخطيط العمرانى والصادرة بالقانون رقم (٣) لسنة ١٩٨٢ ثم صدر القرار الوزارى رقم ١٨٧ لسنة ١٩٨٥ بناء على طلب محافظ الجيزة متضمنا أحكاما ليست أفضل مما جاء بقانون المبانى القديم الصادر عام ١٩٤٢ ثم عام ١٩٥٤ و ١٩٦٢ .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

* اعطاء المحافظين الحق القانونى فى الحفاظ على المبانى ذات القيمة المعمارية أو التراثية ، بما يستلزمه من تحديد هذه المبانى وتسجيلها ، ومنع اجراء أى تغييرات أو تعديلات بها أسوة بما يتبع فى المدن والعواصم الأخرى الغربية والشرقية ، وذلك لما تمثله هذه من حضارة وتراث من الواجب صيانته والمحافظة عليه .

* ضرورة استعادة المدينة سلطتها الادارية والتخطيطية والتنفيذية داخل حدودها ، وضرورة هيمنتها على جميع الأعمال بها حتى تحقق التنسيق فى المشروعات والتناسق فى الطابع والطراز . وتتجنب التضارب والتعارض فى المخططات والسياسات ، كما تتجنب أيضا الاختلال فى البيئة العمرانية فى جوانبها المختلفة .

* ضرورة إعداد تخطيط عمرانى شامل لكل مدينة على أسس علمية تتحدد فيه الكثافات البنائية والكثافات السكانية والامتدادات العمرانية ، مع وضع مخططات تفصيلية تحدد استخدامات الأراضى ، كما تحدد طبيعة الأنشطة بكل حى ، وكذلك استخدامات المبانى وطابعها المعمارى ، وتهدف الى خلق بيئة عمرانية صالحة تحقق احتياجات الانسان العقلية والوجدانية . ويجب أن يتم هذا التخطيط – خصوصا تخطيط المدن الكبرى – فى إطار تخطيط اقليمى وتخطيط قومى شامل .

* اعادة النظر فى قوانين تنظيم المبانى بحيث يشتمل ترخيص البناء على نوعية استخدامات المبنى ، ولاينبغى تغيير هذه الاستخدامات ، اذ أن تغييرها يؤدى الى اختلال فى هيكل الاقتصاد العقارى ، بما فى ذلك أسعار الأراضى . كما يمنع تغيير اشتراطات البناء المعمول بها بأى منطقة ، الا إذا كان التغيير يؤدى الى اشتراطات أفضل لا الى العكس كما يجرى حدوثه حاليا فى بعض الأحيان .

* منع استخدام الأرصفة للاغراض التجارية ، وازالة ماتم تنفيذه من منشآت عليها ليقتصر استخدامها على الغرض الأصلى منها ، وهو سير المشاة عليها . مع ضرورة تسويتها ورصفها أو تبليطها بمواد ملائمة لهذا الاستخدام .

* ضرورة توفير الجراجات العامة والخاصة وبسعات كافية ، لاستيعاب الاعداد المتزايدة من السيارات .

* اعطاء أهمية كبرى للمساحات الخضراء داخل المدن ، والعمل على زيادتها بكل وسيلة ممكنة مع ضرورة الاهتمام بغرس الاشجار بكل شوارع المدينة وطرقها .

* اعادة النظر فى القوانين واللوائح الخاصة بالاعلانات على جوانب الطرق وحوائط المبانى ، ووضع استراتيجية وسياسة عامة بها تحفظ للمدينة قيمها الجمالية ، وتمنع التلوث البصرى المنتشر حاليا بها .

القسم الثانى

السياسة السكانية

الهجرة الداخلية في مصر

مفهوم الهجرة الداخلية :

الهجرة الداخلية هي انتقال الأفراد من مكان الى آخر ، أو من وحدة ادارية الى أخرى بقصد الاقامة الدائمة أو المؤقتة ، وفي معظم الأحوال فان مستوى الوحدات الادارية الصغرى (النواحي أو الشياخات) لا يدخل في دراسة الهجرة الداخلية ، ولعل هذا نابع من صعوبة الوصول الى بيانات على هذا المستوى ، لذلك يكتفى عادة بالوحدات الادارية المتوسطة والكبيرة أي المراكز والمحافظات .

ويرتبط بالهجرة الداخلية في معظم الأحيان ، الانتقال من بنيان أو وسط اجتماعي واقتصادي الى وسط آخر ، وهنا تكمن دوافع الهجرة التي تتأثر بمجموعتين من العوامل : هما عوامل الجذب من ناحية ، والدفع أو الطرد من ناحية أخرى ، وقد تكون الدوافع اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية .

المشكلة السكانية ودراسة الهجرة الداخلية :

وفي مصر تتخذ المشكلة السكانية أبعادا ثلاثة هي :-

١- معدلات النمو السكاني المرتفعة ، وبخاصة اذا قورنت بالموارد الاقتصادية .

٢ - نمط توزيع السكان في مصر ، والذين لايشغلون سوى مساحة محدودة من الأراضي المصرية لاتتجاوز ٥ . ٢ ٪ من المساحة الكلية .

٣ - الخصائص السكانية ، وهي تضم خليطا من الجوانب الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية .

ويظهر تشابك هذه الأبعاد الثلاثة بصورة واضحة في دراسة الهجرة الداخلية في مصر ، حيث أنها تمثل انعكاسا لتفاعل تلك الأبعاد على سلوك الافراد باتخاذ قرار الهجرة ، بل أن هذه الأبعاد تؤثر على الهجرة الى الخارج ، والتي أصبحت تجتذب أعدادا متزايدة من المصريين ، ومن هنا فان دراسة الهجرة الداخلية قد يفسر كثيرا من جوانب المشكلة السكانية في مصر ويوحي ببعض الحلول لها .

أثر الهجرة الداخلية في اختلاف معدلات النمو السكاني :

تؤدي الهجرة الداخلية الى تباين في مكونات النمو السكاني بين المحافظات المصرية وذلك لأن بعض المحافظات تستقبل سكانا يهاجرون اليها من محافظات أخرى بينما تمثل بعض المحافظات مناطق طرد بشرى ، وتدفع بأعداد من سكانها الى محافظات أخرى . ويمكن باستقراء الجدول رقم (١) تقسيم المحافظات المصرية الى فئات حسب اتجاه السكان فيها الى الزيادة أو النقص أو الثبات لما يشكله سكانها من نسبة مئوية من سكان مصر عامة ، وذلك على النحو التالي :-

* محافظات ارتفعت نسبة سكانها من جملة سكان مصر خلال الفترة ١٩٣٧ - ١٩٧٦ ، وهي تضم محافظات القاهرة ، والاسكندرية ، والجيزة . وهي أهم مراكز الجذب السكاني في مصر وتستقبل أهم تيارات الهجرة الداخلية التي تفد اليها من بقية المحافظات المصرية ، وقد شهدت القاهرة والجيزة أعلى قدر من التغير .

- محافظات انخفضت نسبة سكانها من جملة سكان مصر خلال الفتره ١٩٣٧ - ١٩٧٦ وهي تضم محافظات الدقهلية ، والغربية ،

جدول رقم (١) التوزيع النسبى لسكان المحافظات المصرية فى التعدادات من ١٩٣٧ – ١٩٧٦

المحافظة	نسبة سكان المحافظة الى جملة سكان مصر وترتيب المحافظة بين المحافظات فى التعددات									
	١٩٣٧		١٩٤٧		١٩٦٠		١٩٦٦		١٩٧٦	
	٪	الترتيب	٪	الترتيب	٪	الترتيب	٪	الترتيب	٪	الترتيب
القاهــــرة	٨,٢	١	١٠,٩	١	١٢,٩	١	١٤,٠	١	١٣,٩	١
الاسكندريــة	٤٠	١١	٥٠,٠	١١	٥,٨	٨		٦	٦,٣	٦
بــور سعيــد	٠,٧	١٩	٠,٩	٢٠	٠,٦	٢٠	٦,٠	٢٠	٠,٧	٢٠
السويــس	٠,٣	٢١	٠,٦	٢١	٠,٨	٢١	٠,٩	٢١	٠,٥	٢٢
دميــاط	١,٣	١٨	١,٤	١٨	١,٥	١٧	٠,٩	١٨	١,٥	١٨
الدقهليــة	٧,٧	٢	٧,٧	٢	٧,٨	٢	١,٤	٣	٧,٥	٢
الشرقيــة	٧,٣	٣	٧,٩	٣	٧,٠	٣	٧,٦	٣	٧,١	–
القليوبيــة	٤,٦	١٤	٣,٨	١٣	٣,٨	١٣	٧,١	١٣	٤,٦	١٣
كفر الشيــخ	٣,٥	١٦	٣,٦	١٥	٣,٨	١٤	٤,٠	١٤	٣,٨	١٤
الغربيــة	٧,٣	٤	٦,٨	٤	٢,٦	٤	٣,٧	٥	٦,٣	٧
المنوفيــة	٧,٠	٧	٥,٩	٨	٥,٢	١٠	٦,٣	١١	٤,٧	١٠
البحيــرة	٦,٥	٨	٦,٤	٧	٦,٥	٥	٤,٠	٤	٦,٩	٤
الاسماعيليــة	٠,٦	٢٠	٠,٩	١٩	١,٢	١٩	٦,٦	١٩	١,٠	١٠
الجيــزة	٤,٤	١٢	٤,٠	١٢	٥,١	١١	١,٢	٩	٦,٦	٥
بنى سويــف	٤,٢	١٣	٣,٨	١٤	٣,٣	١٥	٥,٥	١٥	٣,٠	١٦
الفيــوم	٣,٨	١٥	٣,٥	١٦	٣,٢	١٦	٣,١	١٦	٣,١	١٥
المنيــا	٧,١	٥	٦,٧	٦	٦,٠	٧	٥,٧	٧	٥,٦	١٥
أسيــوط	٥,٦	١٠	٥,٥	١٠	٥,١	١٢	٤,٧	١٠	٤,٦	٨
سوهــاج	٧,٠	٦	٦,٨	٥	٦,٠	٦	٥,٦	٨	٤,٧	١٦
قنــا	٦,٤	٦	٥,٨	٩	٥,٢	٩	٤,٦	١٧	٥,٣	٥
أســوان	١,٩	١٧	١,٥	١٧	١,٥	١٨	١,٧	١٠	٤,٧	١٦
البحر الاحمــر	٠,١	٢٥	٠,١	٢٥	٠,١	٢٥	٠,١	٢٥	٠,٢	١٧
الوادى الجديــد	٠,٢	٢٣	٠,٢	٢٤	٠,١	٢٤	٠,٢	٢٤	٠,٣	٢٩
مطــروح	٠,٣	٢٢	٠,٤	٢٢	٠,١	٢٢	٠,٤	٢٣	٠,٣	٢٣
سينــاء	٠,١	٢٤	٣	٢٣	٠,٢	٠,٤	٠,٤	٢٢	–	٢٥

والمنوفية ، وبنى سويف ، والفيوم ، والمنيا ، وأسيوط ، وسوهاج ، وقنا .

وبعض هذه المحافظات هى المسئولة عن تيارات الدفع الرئيسية للهجرة الداخلية فى مصر والتى تتجه الى المحافظات الثلاث التى تدخل فى الفئة الأولى .

– محافظات أقرب الى الثبات فى نسبة سكانها الى جملة سكان مصر فى الفترة نفسها وهى : دمياط ، والشرقية ، والقليوبية ، وكفر الشيخ ، وأسوان ، الى جانب المحافظات الصحراوية أو محافظات الحدود ، وهذه المجموعة من المحافظات لاتلعب الهجرة الداخلية فيها دورا واضحا أو تتوازن فيها هجرة الدفع وهجرة الجذب .

– محافظات تتباين نسبة سكانها الى جملة سكان مصر من تعداد لآخر خلال الفترة ١٩٣٧ – ١٩٧٦ وهى بورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس ، والبحيرة . وبالنسبة لمحافظات القناة فان تذبذب نسبة سكانها الى جملة سكان مصر يرتبط بالحروب العربية الاسرائيلية ، ووقوع المنطقة تحت التهديد أكثر من مرة ، مما كان يؤدى الى هجرة مؤقتة للسكان ثم عودتهم بعد أن تستقر الأحوال نسبيا ، وقد حدث ذلك فى أعوام ١٩٥٦ ، ١٩٦٧ ثم ١٩٧٣ وحتى ١٩٧٥ حين أعيد افتتاح قناة السويس للملاحـــة . أما بالنسبة لمحافظة البحيرة فقد تذبذبت نسبة سكانها فى التعدادات ١٩٣٧، ١٩٤٧ ، ١٩٦٠ ، ثم أخذت النسبة تتجه الى الارتفاع ، ويرتبط ذلك الى جانب الهجرةالداخلية بتغيرات الحدود الادارية .

أما من حيث ترتيب المحافظات على أساس حجم السكان فى كل منها ، فيمكن أن تقسم الى ثلاث فئات تتأثر أساسا بالهجرة الداخلية ، الى جانب تعديلات الحدود الادارية . وهذه الفئات فى الفترة ١٩٣٧ / ١٩٧٦ هى :

– محافظات احتفظت بترتيبها فى التعدادات المذكورة وتشمل : القاهرة ، والبحيرة ، والشرقية ، والدقهلية وهى تشغل المراتب الأربع الأولى على الترتيب ، ومنذ عام ١٩٤٧ انضمت الى هذه المجموعة محافظات : بورسعيد ، والقليوبية ، والاسماعيلية . أما كل من الفيوم ودمياط فقد تغيرت مراتبها ولكنها أصبحت فى تعداد ١٩٧٦ كما كانت فى تعداد ١٩٣٧ . وحافظت أسوان على ترتيبها الا فى تعداد ١٩٦٠ ، حين تبادلت الترتيب مع دمياط .

واحتفظت محافظات الحدود الأربع بالمراكز الأربعة الأخيرة بانتظـام ، وأن شهدت بعض التغير فيما بينها على تبادل المراكز .

– محافظات تقدم ترتيبها ، وهى : الجيزة ، والاسكندرية ، وكفر الشيخ ، على التوالى وتمثل الجيزة أكبر معدل فى تغير المرتبة بين المحافظات المصرية ، ويرتبط ذلك بنمو الجيزة كجزء من المجتمع الحضرى للقاهرة الكبرى ، وازدياد الهجرة اليها ، حتى أنها هى المحافظة الوحيدة التى تستقبل مهاجرين من محافظة القاهرة .

– محافظات تأخر ترتيبها وتشمل : الغربية ، والمنوفية ، وبنى سويف ، والمنيا ، وأسيوط وسوهاج وقنا (كما تضم محافظة السويس فى تعداد ١٩٧٦ فقط) وهذه المحافظات – عدا السويس – هى أهم محافظات هجرة الدفع .

الهجرة الصافية بين المحافظات

وطبقا لبيانات الجدول رقم (٢) فان أهم مايلاحظ على الهجرة الصافية بين المحافظات المصرية فى الفترة ١٩٦٥ \ ١٩٧٠ ، هو :

– أن محافظة المنوفية هى المحافظة الوحيدة فى الدلتا التى كان صافى الهجرة اليها سلبيا ، أى أنها تفقد سكانا يهاجرون منها ، وكذلك فان محافظات الصعيد فيما عدا الجيزة وأسوان كانت تفقد سكانا كهجرة صافية سالبة .

– من حيث الأرقام المطلقة لأعداد المهاجرين فان أهم المحافظات التى تكسب سكانا مرتبة تنازليا هى : القاهرة ، والجيزة ، والقليوبية ، والشرقية ، وقداجتذبت القاهرة وحدها خلال الفترة المذكورة قرابة نصف

جدول رقم (٢)

صافى الهجرة الداخلية للسكان بين

المحافظات المصرية (عدا محافظات الحدود)

خلال الفترة بين ١٩٦٥ - ١٩٧٠ م

المحافظة	أعداد المهاجرين (هجرة صافية) بالألف			المعدل السنوى للهجرة الصافية ٪
	ذكور	إناث	جملة	
القاهرة	٢٢٢,٦+	٢٠٥,٧+	٤٢٨,٣+	٢,١+
الاسكندرية	٢٤,٩+	٢٣,١+	٤٨,٠+	٠,٥+
دمياط	١٣,٢+	١٢,٩+	٢٦,١+	١,٢+
الدقهلية	٣٣,٩+	٤٥,٣+	٧٩,٢+	٠,٧+
الشرقية	٥٤,٧+	٦٤,٣+	١١٩,٠+	١,١+
القليوبية	٦٣,٢+	٥٩,١+	١٢١,٣+	٢,١+
كفر الشيخ	٢,٨+	٦,٧+	٣,٩+	٠,١+
الغربية	١٤,٣+	١٦,٦+	٤٠,٩+	٠,٤+
المنوفية	٢٥,١-	٢٠,١+	٧٥,٢+	٠,٦-
البحيرة	٢٨,٩+	٤٦,٤+	٧٥,٣+	٠,٨+
الجيزة	٩١,٦+	٧٨,١+	١٦٩,٧+	٢,١+
بنى سويف	٣١,٣-	٢٤,٥-	٥٥,٨-	١,٢-
الفيوم	٧,٩-	١,٧-	٩,٦+	٠,٥-
المنيا	٣٥,١-	٢٨,٠-	٦٣,١-	٠,٧-
أسيوط	٢٩,٦-	٣١,٠-	٦٠,٦-	٠,٩-
سوهاج	٤٢,٣-	٥٢,٨	٩٥,١-	١,١-
قنا	٢٩,٢-	٢٧,٤	٥٦,٦-	٠,٨-
أسوان	٥٢,٣+	٤٤,٨	٩٧,١+	٣,٩+

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، السكان والتنمية فى مصر ص ١٣٨

مليون مهاجر ، وهو رقم يزيد على مجموع الهجرة الصافية الى المحافظة الثلاث التى تلى القاهرة كمحافظات استقبال للمهاجرين .

أما أهم المحافظات التى تفقد سكانا فهى : سوهاج التى أرسلت مايقرب من ١٠٠.٠٠٠ مهاجر فى الفترة بين ١٩٦٥/ ١٩٧٠ ، وتليها محافظات : أسيوط ، ثم قنا ، والمنيا ، فبنى سويف .

ويتراوح ماأرسلتـــه كل محافظـــة الى خارجهـــا مابين ٥٠.٠٠٠ و ٦٠.٠٠٠ مهاجر ، وتأتى محافظة المنوفية فى المرتبة السادسة وقد أرسلت الى غيرها من المحافظات أكثر قليلا من ٤٥.٠٠٠ مهاجر خلال تلك الفترة .

- من حيث المعدل السنوى للهجرة الصافية تحتل محافظة أسوان المركز الأول بنسبة ٣.٩ ٪ سنويا ، وتأتى بعدهـــا القاهـــرة الكبـــرى (القاهرة والجيزة والقليوبية) ، وبلغ المعدل السنوى للهجرة الصافية اليها ٢.١ ٪ ولابد هنا من مراعاة الفارق بين حجم سكان أسوان وحجم سكان القاهرة الكبرى ، كما أن ارتفاع معدل الهجرة الصافية الى أسوان فى تلك الفترة يرتبط بمرحلة الانتهاء من بناء السد العالى وهو أمر مرحلى ، أما بالنسبة للقاهرة فان الهجرة تسهم فى نموها السكانى بنسبة تكاد تكون ثابتة منذ تعداد ١٩٦٧ ، وهى ٢٨.٤ ٪ من نموها السكانى .

- لاتتضح الصورة تماما اذا اعتمدنا على الرقم الذى يبين صافى الهجرة دون دراسة تفصيلات المهاجرين من حيث النوع ، فمحافظة كفر الشيخ تظهر فى المحصلة كمحافظة جاذبة ، لكن بيانات الهجرة حسب النوع توضح أنها تكسب اناثا ، على حين يهاجر منها الذكور ، كمايظهر أن بعض المحافظات أكثر دفعا للاناث مثل أسيوط وسوهاج وبعض المحافظات أكثر جذبا للاناث مثل الدقهلية والشرقية والغربية والبحيرة ، فهى تستقبل من الاناث أكثر مما تستقبل من الذكور ، أما فى بقية المحافظات فان الذكور أكثر اقبـــالا على الهجرة سواء كانت جذبا أوطردا .

- ان محافظات القناة تأثرت بأحداث حرب ١٩٧٦ ، وهو العام الذى يتوسط الفترة ١٩٦٥ محل الدراسة ، وقد تأثرت هذه المنطقة بأحوال الحرب وهجرة سكانها ، ولكن الصورة تغيرت بعد عام ١٩٧٥ ، وربما تظهر آثار ذلك عند نشر البيانات التفصيلية لتعداد ١٩٧٦ .

- ينبغى الاشارة أيضا الى أن الأسكندرية وأن كانت تظهر كمحافظة مستقبلة للمهاجرين الا أن أعدادهم قليلة ، وكذلك معدلاتهم ، خاصة مع المقارنة بالقاهرة الكبرى أو بقية المحافظات المستقبلة للمهاجرين ، وربما يرتبط ذلك أيضا باثار حرب ١٩٦٧ على ميناء مصر الأول .

ويتضح من كل ماسبق أن الهجرة الداخلية تسهم فى اختلاف معدلات نمو السكان فى مصر ، وهى بالتالى تعمل على إعادة توزيع السكان وأن كان ذلك يكاد أن يكون مقصورا على محافظات الوادى والدلتا ومنطقة قناة السويس ، أما المحافظات الصحراوية ففضلا عن قلة أعداد سكانها أو نسبتهم الى جملة سكان مصر ، فى حدود ١٪ أو أقل خلال التعدادات الخمسة الأخيرة ، فان اسهامها فى الهجرة الداخلية محدود للغاية ، وان كانت سيناء قد أرسلت بعض المهاجرين الى الوادى والدلتا بعد حرب ١٩٦٧ .

ويكفى للتدليل على أثر الهجرة الداخلية فى اعادة توزيع السكان فى مصر ، أن نشير الى أن تعداد ١٩٦٠ يبين أن ٢٣٪ من السكان كانوا يقيمون فى محافظات غير التى ولدوا بها ، فاذا اعتبرنا أن معظمهم مستقرون فى محل اقامتهم أثناء التعداد ، فان هذا يعنى أن حوالى ربع سكان مصر تحركوا نتيجة للهجرة الداخلية التى تسهم فى اعادة توزيع السكان على المحافظات المصرية .

محافظات الجذب ومحافظات الدفع :

يظهر من بيانات تعدادات السكان حتى تعداد ١٩٦٠ ، أن

المحافظات الحضرية : والقاهرة ، والاسكندرية ، وبورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس ، الى جانب كل من : الجيزة ، وكفر الشيخ ، هى محافظات جاذبة . أما بقية المحافظات فكانت محافظات طاردة ، ولكن فى تعداد ١٩٦٦ تحولت أسوان الى محافظة جذب ، على أثر البدء فى مشروع السد العالى والطلب المتزايد على العمالة فيه .

وبعد عام ١٩٦٧ تحولت محافظات القناة : بورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس الى محافظات طرد بشرى ، وأصبحت بقية محافظات مصر – فيما عدا المنوفية – محافظات جذب بشرى بتأثير التهجير نتيجة لحرب عام ١٩٦٧ ، ولكن بعد عام ١٩٧٥ استقرت الأحوال نسبيا فى محافظات القناة ، مع بداية رحلة العودة للمهجرين على أثر استئناف الملاحة فى القناة وعودة الحياة الطبيعية الى تلك المحافظات ، وتحولت محافظات قناة السويس بعد ذلك الى مناطق جذب بشرى . أما المحافظات الطاردة للسكان بانتظام فهى : المنوفية فى الوجه البحرى ، وسوهاج وقنا وأسيوط فى الوجه القبلى .

وبالنسبة لمحافظة المنوفية ، فقد اتضح من تعداد ١٩٦٦ أن ٢٠٪ ممن يولدون بها لايقيمون فيها وأن معظم المهاجرين منها يتجهون الى القاهرة لقرب المسافة ، أن كان بعضهم يتجه الى الاسكندرية ويلى ذلك بقية المحافظات . أما سوهاج فان الهجرة منها لاتحكمها المسافة وحدها ، لأن معظم المهاجرين منها يتجهون الى القاهرة ثم الاسكندرية طلبا لفرص العمل وبخاصة فى أعمال البناء ويتجه الباقون الى منطقة قناة السويس أو الى محافظات البحر الأحمر وسيناء .

تيارات الهجرة الداخلية :

يمكن فى ضوء البيانات الاحصائية تحديد عدد من التيارات التى تسلكها الهجرة الداخلية فى مصر ، وقد تصنف هذه التيارات على أساس المصدر أو محافظات الارسال أو على أساس الهدف أو محافظات استقبال المهاجرين ، وبالنسبة لتحديد هذه التيارات على أساس مناطق الارسال نجد تيارين رئيسيين : أحدهما من الصعيد والآخر من الدلتا ، ويتفرغ عنهما عشرة تيارات فرعية على النحو الآتـــى : –

أولا: تيارات الهجرة من الصعيد :

– تيار يخرج من جنوب الصعيد (أسيوط وسوهاج وقنا) ويتجه الى القاهرة الكبرى .

– تيار من جنوب الصعيد الى الاسكندرية .

– تيار من جنوب الصعيد الى منطقة قناة السويس .

– تيار من جنوب الصعيد الى ساحل البحر الأحمر وشبه جزيرة سيناء .

– تيار من شمال الصعيد (المنيا وبنى سويف والفيوم) الى القاهرة الكبرى .

– تيار داخلى فى جنوب الصعيد ، ويخرج من محافظة قنا الى محافظة أسوان .

ثانيا : تيارات الهجرة من الدلتا :

– تيار من الدلتا الى القاهرة الكبرى ، ومعظم هذا التيار من جنوب الدلتا عامة ومن محافظة المنوفية خاصة .

– تيارمن محافظة شرق الدلتا الى منطقة قناة السويس .

– تيار من محافظات غرب الدلتا وشمالها الى الاسكندرية .

– تيار داخلى من محافظات جنوب الدلتا الى شمالها .

أما اذا قسمت هذه التيارات حسب المحافظات المستقبلة فانها تصب فى الاتجاهات التالية : –

– التيار المتجه الى القاهرة الكبرى ، وتغذيه تيارات فرعية من محافظات مصر كلها تقريبا فيما عدا منطقة قناة السويس والمحافظات الصحراوية ، وهو أكبر التيارات حجما .

– التيار المتجه الى الاسكندرية ، ويغذيه تياران فرعيان أحدهما من

جنوب الصعيد ، والآخر من غرب الدلتا وشمالها ، وهو يلى فى الأهمية التيار السابق .

– التيار المتجه الى منطقة قناة السويس ، ويغذيه تيارات من جنوب الصعيد ومن محافظات شرق الدلتا ويغذيه تيارات من جنوب الصعيد ومن محافظات شرق الدلتا .

– ثلاثة تيارات فرعية أحدهما الى أسوان من قنا وثانيهما الى شمال الدلتا من جنوبها والثالث يدخل الى البحر الأحمـــر وسيناء قادما من جنوب الصعيد .

الهجرة الريفية الحضرية :

توضح المقارنة بين تطور نسبة سكان كل من الريف والمدن بالقياس الى جملة سكان مصر مدى الجذب الذى تمارسه المدن المصرية لسكان الريـف . وطبقا لأرقام الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، فان أكثر من مليون مواطن قد هاجروا من الريف الى المدن فى الفترة مابين أعوام ١٩٦٠ / ١٩٧٠ ، ومن هذا العدد ٧٥١.٠٠٠ نسمة فى الفترة مابين أعوام ١٩٦٠ / ١٩٦٥ ، قد تميزت هذه الفترة بتوازن نسبى فيما يتعلق بهجرة كل من الذكور والاناث ، حيث بلغ المهاجرين من الذكور ٣٨١٠٠٠ ، فى مقابل ٣٧٠٠٠٠ من الاناث أما فى الفترة ١٩٦٥/ ١٩٧٠ فقد هاجر فيها من الريف الى المدن ٣٨٩٠٠٠ نسمة ، وزادت نسبة الذكور بين المهاجرين ، حيث بلغوا ٢٠٨٠٠٠ نسمة ، فى مقابل ١٨١٠٠٠ من الاناث .

وأما توزيع الأعداد الفعلية والنسبية لسكان كل من الريف والمدن فى مصر ، فتظهر فى الجدول رقم (٣) ويتضح منه مدى توالى ارتفاع نسبة سكان المدن وانخفاض نسبة سكان الريف الى جملة السكان ، وقد تجاوزت نسبة سكان المدن ضعف ماكانت عليه بين أعوام ١٩٠٧ / ١٩٧٦ كما أنه من حيث الأرقام المطلقة بلغ سكان المدن فى عام ١٩٧٦ أكثر من سبعة أمثال ماكانوا عليه فى عام ١٩٠٧ (٧٦٤٪) ، وفى مقابل ذلك انخفضت نسبة سكان الريف الى جملة السكان من ٨١٪ فى عام ١٩٠٧ الى ٥٦٪ فى عام ١٩٧٦ ، أما من حيث الأرقام المطلقة فان هذه الزيادة لم تزد كثيرا عن التضاعف (٢٢٦٪)

واذا حاولنا النظر فى مدى الجذب الاقليمى للمدن ، وباستبعاد المحافظات كاملة الحضرية ، فاننا نجد أن اجتذاب مدن الوجه القبلى للهجرة من ريف الوجه القبلى يتم بدرجة أكبر مما تجذبه مدن الوجه البحرى من ريفه ، ففى تعداد ١٩٣٧ كانت مدن الوجه القبلى تضم ١٥.٦ من سكان الوجه القبلى ، لكن النسبة ارتفعت فى عام ١٩٧٦ الى ٢٠.٥ ٪ من سكان الوجه القبلى ، أما فى الوجه البحرى فقد كانت المدن تضم ١٥.٥٪ من سكانه فى عام سكان ١٩٣٧ ، ثم ارتفعت النسبة الى ٢٦.٨٪ ، وربما يكون النمو الملحوظ فى مدينة الجيزة هو السبب الرئيسى فى ارتفاع نسبة سكان الحضر فى الوجه القبلى ، كما أن التباعد الكبير بين مدن الوجه القبلى بالقياس الى مدن الوجه البحرى ، يؤثر على قرار الهجرة فى الصعيد بدرجة أكبر .

ومن الملحوظ أن الهجرة الى المدن الكبيرة تجتذب سكانا أكبر مما تجتذبه المدن الصغيرة ، ويقترب عـــدد سكان المـــدن الخمس الكبرى : (القاهرة ، الاسكندرية ، الجيزة ، بورسعيد ، السويس) من نصف عدد سكان محافظات الدلتا ، وحوالى ٦٠٪ من سكان محافظات الصعيد . وتمثل القاهرة وحدها نصف جملة سكان المدن المصرية ، وتزيد هى والاسكندرية عن ٦٥٪ من جملة سكان المدن المصرية .

ويرتبط باتجاهات الهجرة من الريف الى المدن ، أن أقل المحافظات المصرية فى نسبة الحضر بها هى المنوفية ، وأن أعلى المحافظات غير الحضرية فى نسبة الحضر بين سكانها هى الجيزة . ففى تعداد ١٩٧٦ تبلغ نسبة الحضر فى المنوفية ١٩.٧ ٪ من سكانها فى مقابل ٥٧٪ من سكان الجيزة فى التعداد نفسه .

ومن خلال أرقام التعدادات المصرية يظهر أن العدد المطلق لسكان

الريف فى كل من محافظتى المنوفية وأسوان كان يتناقص فى بعض التعدادات عما عليه فى تعدادات سابقه ويظهر ذلك بالنسبة لتعدادى ١٩٣٧ ، ١٩٤٧ حيث كان سكان الريف فى كلا المحافظتين أقل عددا من التعداد اللاحق من سابقه ، وان كان سكان المدن فى المحافظتين قد تزايدوا فى التعدادين المذكورين مثلهما فى ذلك مثل بقية المحافظات المصرية .

والواقع أن الهجرة من الريف الى المدن – أو مايطلق عليه التحضر – هى أهم متغير سكانى يؤثر فى اعادة توزيع السكان فى مصر ، وهو يرتبط بعديد من العوامل المركبة من قوى الطرد فى الريف وقوى الجذب فى المدن .

عوامل الدفع وعوامل الجذب :

درجت دراسات الهجرة على استخدام مصطلح " عوامل الدفع " أو الطرد ، فى مقابل " عوامل الجذب " ، على أساس أنهما قوتان تحددان مسار تيارات الهجرة ، والواقع أن كلا من الطرد والجذب أمران نسبيان ، فحتى المحافظات الطاردة للسكان ، قد تجتذب سكانا آخرين – وليس الطرد أو الجذب اذن من الأمور المطلقة ، وتتمثل المحصلة النهائية فى صورة الهجرة الصافية ، وهى التى تحدد تغلب أى من العاملين على الآخر ، فكل من محافظتى المنوفية وسوهاج – وهما أكثر محافظات مصر دفعا للسكان – كانت حركة الهجرة الداخلية فيهما حسب تعداد ١٩٦٦ كماياتى : –

المحافظة	مهاجرون الى المحافظة	مهاجرون من المحافظة	الهجرة الكلية	الهجرة الصافية
المنوفية	٢٥٨١٨	٣٥٥٧٨٣	٣٨١٦٠١	– ٣٢٩٩٦٥
سوهاج	١٩٣٦٠	٢٦٠٥٠٢	٢٧٩٨٦٢	– ٢٤١١٤٢

ومن أرقام الهجرة فى محافظتى سوهاج والمنوفية يتضح أنه فى مقابل كل مهاجر كانت تجتذبه احداهما ، كان يخرج منها ١٣ من أبنائها المولودين بها ليهاجروا الى محافظات أخرى .

ولما كانت الهجرة الداخلية فى مصر تتم فى معظمها بقرار فردى ، فان أهم عناصر الجذب أو الدفع هو العامل الاقتصادى الذى يتمثل فى صورة العمل الأفضل من حيث الدخل وما يصاحبه عادة من انتقال اجتماعى ، وعلى نحو خاص بالنسبة للهجرة من الريف الى المدن . ولما كان التحول الاقتصادى والاجتماعى فى مصر – مقترنا بارتفاع معدلات الخصوبة ونمو السكان وخاصة فى الريف – قد أدى الى انخفاض حصة الفرد من الأرض الزراعية التى تشكل مصدرا أساسيا للدخل لمعظم سكان مصر ، فقد أصبح من المألوف أن تتزايد الهجرة من الريف الى المدن ، وليس غريبا أن تكون أعلى محافظات مصر من حيث الكثافة الزراعية هى سوهاج ، وتليها الجيزة وأسيوط وقنا والمنوفية ، وهذه المحافظات – باستثناء الجيزة – هى محافظات الطرد الرئيسية فى مصر ، وترتفع الكثافة الزراعية فيها جميعا من ٢٠٠ نسمة / كم ٢ طبقا للتعداد الزراعى فى عام ١٩٦١ ، وقد ارتفعت الآن هذه الكثافة عن ذلك كثيرا ، كما أن معدل العمالة الزراعية للفدان هو أعلى مايكون فى كل من محافظتى المنوفية وسوهاج فى التعدادات الزراعية المصرية : ١٩٣٩ ، ١٩٥٠ ، ١٩٦١ ، وفى التعداد الأخير يخص كل فدان ١.٥ عامل زراعى ، معنى ذلك أن أى أدخال للأساليب الزراعية الحديثة واستخدام الآلات سوف يؤدى الى مزيد من الطرد السكانى فى هذه المحافظات . أما الجيزة – الى جانب أن جزءا منها يدخل فى المجتمع الحضرى للقاهرة الكبرى – فان استخدام الأراضى الزراعية فيها يخصص فى معظمه لتموين القاهرة بالفواكه والخضروات ، لأنها جزء من الظهير الزراعى للقاهرة ، وتشترك معها القليوبية فى ذلك ، ولهذا فان الدخل من الزراعة فى الجيزة والقليوبية أعلى بالنسبة للفدان من أرض المنوفية وسوهاج ، لأن استخدام الأراضى فى المحافظتين الأخيرتين يخصص

فى معظمه لزراعة المحاصيل الحقلية التقليدية وليس الفواكه أو الخضروات.

وعلى الرغم من أن العوامل الاقتصادية هى أكبر جزء محرك للهجرة فى مصر ، طردا أوجذبا فان ثمة عددا من العوامل الاجتماعية الأخرى مثل : التطلع الى حياة أفضل ، والتمتع بالخدمات الأجود مستوى التى تقدم فى المدن ، هذا الى جانب أن عددا من الوظائف ذات الصفة المركزية مثل : التعليم الجامعى ، والخدمات الطبية التخصصية والاستشارات فى كافة المجالات ، لاتوجد سوى فى المدن ، وتتناسب مرتبة تلك الوظائف مع الحجم السكانى للمدن .

واذا كانت العوامل الاجتماعية تأخذ دورها بعد العوامل الاقتصادية كدوافع للهجرة ، فان هذه العوامل جميعا تتكامل فيما بينها من حيث أثرها على اتخاذ قرار الهجرة .

الهجرة الداخلية الى القاهرة :

يتضح من دراسة التعدادات المصرية ، منذ تعداد ١٩١٧ ، أن تيار الهجرة الى القاهرة يتزايد باطراد فى حجمه ويظهر ذلك من الجدول رقم (٤)

ويظهر من أرقام تعداد ١٩٦٠ أن المنوفية كانت أكبر المحافظات المرسلة للسكان الى القاهرة ، وقد أسهمت وحدها بنسبة ٢٢٪ من الهجرة الصافية الى القاهرة ، ثم تليها فى الترتيب محافظات : الغربية ، والشرقية ، والقليوبية ، والدقهلية ، من محافظات الوجه البحرى .أما عن محافظات الوجه القبلى فتأتى أسيوط فى المقدمة ، تليها سوهـــاج ثم قنا .

كما يلاحظ أن معظم الهجرات التى خرجت من القاهرة اتجهت الى اجزاء من اقليم القاهرة الكبرى ، فقد استقبلت الجيزة وحدها ٣٥٪ من جملة المهاجرين من القاهرة ، اذ انتقل ٦٤٥٨٤ شخصا من محافظة الجيزة الى محافظة القاهرة ، على حين انتقل الى محافظة الجيزة من القاهرة ٨٨٥٤٣ شخصا ، بما يعنى أن الهجرة الصافية فى صالح الجيزة بعدد ٢٣٩٥٩ شخصا ، وكان تعداد ١٩٦٠ هو بداية حدوث هذه الظاهرة فى الهجرة الصافية من القاهرة الى الجيزة ، ثم مالبث أن تكررت فى التعدادات التالية ، فاذا أضفنا لذلك أن عددا آخر من المهاجرين من القاهرة اتجهوا الى محافظة القليوبية ، وخاصة مدينة شبرا الخيمة ، فان هذا يرفع نسبة المهاجرين من محافظة القاهرة الى بقية مكونات القاهرة الكبرى .

ومن المناطق الجغرافية الرئيسية المرسلة للسكان الى القاهرة - حسب تعداد ١٩٦٠ جنوب الدلتا ، ويضم محافظات : المنوفية والقليوبية والغربية والقطاع الجنوبى من محافظة الدقهلية ، وقد أسهمت هذه الأجزاء بنسبة ٥٣,٥٪ من جملة الهجرة الصافية الى القاهرة وأسهمت المنوفية وحدها بنسبة ٢٢٪ .

أما المنطقة الثانية فى ارسال المهاجرين الى القاهرة فهى مصرالعليا ، التى أسهمت محافظاتها الأربع بنسبة ٣١٪ من الهجرة الصافية للقاهرة ، على حين لم تسهم محافظات مصر الوسطى الا بنسبة ٧,٨ ٪ وهنا نجد أن عامل الدفع من مصر العليا تغلب على عامل المسافة الأقل فى حالة مصر الوسطى التى هى أقرب الى القاهرة من مصر العليا .

ومن حيث الأعداد المطلقة للمهاجرين ، فقد أرسل جنوب الدلتا ٥١٠٧٥٢ مهاجرا الى القاهرة ، منهم ٢٠٩٧٢٦ من المنوفية . وأسهمت محافظات مصر العليا بارسال ٢٩٣٩٧٧ مهاجرا الى القرية ، فى حين أرسلت مصر الوسطى ٧٤١٧٤ مهاجرا الى القاهرة .

أما تعداد ١٩٦٦ فقد تجاوز فيه حجم الهجرة الكلية الى القاهرة مليون نسمة ، حيث بلغت أعداد المشتركين فى الهجرة الكلية ١٤٢٥٨٦٣ نسمة ، انتقل منهم الى القاهرة ١١٨١٢٢٨ مهاجرا ، فى مقابل ٢٤٤٦٣٥ هاجروا من القاهرة ، وبهجرة صافية الى القاهرة تقرب من

جدول رقم (٣)
التوزيع العددى والنسبى
لسكان الحضر والريف فى مصر
فى التعدادات ١٩٠٧ - ١٩٧٦

التعداد	جملة عدد السكان	سكان الحضر		سكان الريف	
		عدد السكان	٪ من الجملة	عدد السكان	٪ من الجملة
١٩٠٧	١١٨٣٠٠٠	٢١٢٥٠٠٠	١٩	٩٠٥٨٠٠٠	٨١
١٩١٧	١٢٦٧٠٣٠٠	٢٦٤٠٠٠٠	٢١	١٠٠٢٩٧٠٠	٧٩
١٩٢٧	١٤٠٨٣٢٧٦	٣٧١٥٨٤٠	٢٦	١٠٣٦٧٤٣٦	٧٤
١٩٣٧	١٥٨١١٠٨٤	٤٣٨٢٠٨٣	٢٨	١١٤٢٩٠٠١	٧٢
١٩٤٧	١٨٨٠٥٨٢٦	٦٢٠٢٣١٦	٣٣	١٢٦٠٣٥١٠	٦٧
١٩٦٠	٢٥٧٧١٤٩٥	٩٦٥١٠٩٧	٣٧	١٦١١٢٠٣٦٨	٦٣
١٩٦٦	٢٩٧٢٤٠٩٩	١٢٠٣٦٧٨٧	٤٠	١٧٦٨٧٣١٢	٦٠
١٩٧٦	٣٦٨٠٣١٨٠	١٦٢٤٣٦١٣	٤٤	٢٠٥٦٠٥٦٧	٥٦

جدول رقم (٤)
حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة
ومعدلاتها فى الفترة بين تعدادى ١٩١٧ - ١٩٦٦

التعداد	مهاجرون الى القاهرة	مهاجرون من القاهرة	الهجرة الصافية	معدل الهجرة الصافية٪
١٩١٧	٢٢٩٣١٣	٧١٧٥٦	١٥٧٥٥٧	٢٠,٠
١٩٢٧	٣٦٢٥٥٢	٦٥٧٠١	٢٩٦٨٥١	٢٨,٤
١٩٣٧	٢٣٣١٦٠	٧٤٤٨٧	٣٥٨٦٧٣	٢٦,٢
١٩٤٧	٧٠١٤٩٣	٩٤٩٣٢	٦٠٦٥٦١	٢٨,٣
١٩٦٠	١١٩٤٢٨٦	٢٤١٦٢٣	٩٠٢٢٦٦٣	٢٨,٤
١٩٦٦	١١٨١٢٢٨	٢٤٤٦٣٥	٩٣٦٥٩٣	٢٢,٢

مليون نسمـــة (٩٣٦٥٩٣) يمثلون ٢٢.٢٪ من جملة سكان القاهرة ، فى مقابل ٩٥٢٦٦٣ نسمة فى تعداد ١٩٦٠ ، كانوا يمثلون ٣٨.٤ من جملة سكان القاهرة فى ذلك الوقت . ومعنى ذلك أن كلا من العدد المطلق والنسبة المئوية للمهاجرين الى القاهرة ، قد تناقصا فى تعداد ١٩٦٦ عما كانا عليه فى تعداد ١٩٦٠ ، ولكن ذلك لايمكن التعويل عليه كاتجاه لأن تعداد ١٩٦٦ كان بطريق العينة و لهذا ينبغى أن ننتظر الأرقام التفصيلية لتعداد سنة ١٩٧٦ الشامل .

وقد اتضح من دراسة أجرها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عن حركة الهجرة الى القاهرة فى الفترة مابين أعـــوام ١٩٦٥ - ١٩٧٠ ، أن القاهرة استقبلت خلال تلك الفترة هجرة صافية مقدارها ٤٢٩٠٠٠ نسمة ، بمعدل هجرة ٢.١ سنويا ، وهو معدل مرتفع للغاية ، وربما كان مرتبطا بآثار تهجير سكان منطقة قناة السويس ، ولعل ظهور نتائج تعداد ١٩٧٦ يوضح أثر عودة الحياة الطبيعية لمنطقة القناة فى الهجرة الى القاهرة .

الآثار الناتجة عن الهجرة الى القاهرة :

تؤدى الهجرة المتدفقة على مدينة القاهرة ، وعلى اقليم القاهرة الكبرى الى كثير من الآثار السيئة التى تتمثل بالدرجة الأولى فى انخفاض مستوى الخدمات التى تقدم لسكان العاصمة الذين يشكلون حوالى ١٤٪ من جملة سكان مصر ، ويقطنون مساحة لاتتعدى ٠.٤٪ من المساحة الكلية لمصر ، وبكثافة سكانية بالغة الارتفاع وصلت الى ٢٣٧٣٧ نسمة كم / على مستوى القاهرة كلها ، وهى تزيد عن مائة نسمة \ كم فى بعض الأقسام ، مثل روض الفرج وباب الشعرية ، منذ عام ١٩٦٦ ، ويندر أن نجد لهذه الكثافة مثيلا فى العالم كله .

ويزيد مشكلة القاهرة حدة أن نموها السكانى يحدث بمعدلات تؤدى الى مزيد من الضخامة ، حتى على مستوى العالم ، وطبقا لتقديرات الأمم المتحدة فقد كانت القاهرة تمثل المرتبه ٢٥ بين مدن العالم الكبرى فى عام ١٩٥٠ ، ثم أصبحت تحتل المركز ١٩ فى عام ١٩٧٥ ، وارتفع عدد سكان القاهرة (بما فيها مدينة الجيزة) من ٢.٤ مليون نسمة فى منتصف القرن الحالى الى ٦.٩ مليون نسمة فى عام ١٩٧٥ ، واذا سارت معدلات النمو على هذا النحو ، فان القاهرة الكبرى ستصبح المدينة ذات المرتبة ١٢ على مستوى العالم وسيصل سكانها الى ١٦.٤ مليون نسمة فى عام ٢٠٠٠ ، أى مايصل الى أكثر من ٢٠٪ من سكان مصر حسب التقديرات المتوسطة لعدد السكان فى نهاية القـــرن العشرين .

ولعل مما يستحق الاشارة هنا أن حركة العمل اليومية ، أو مرحلة العمل اليومية ، الى القاهرة لاتدخل فى حسابات الهجرة ، مع أنها تؤدى الى مزيد من الاختناقات والمشكلات التى تتعرض لها القاهرة ، ويتطلب هذا الموضوع دراسة خاصة .

أما أهم الآثار التى تعانى منها القاهرة نتيجة تدفق الهجرة فيمكن اجمال أهمها فيمايلى :

- قصور الخدمات والمرافق مثل : المياه والكهرباء والمجارى ، التى أصبحت تخدم سكانا أكبر كثيرا من طاقتها القصوى التى صممت لها ، ويؤدى ذلك الى مشكلات يومية كثيرة .

- مشكلات النقل والمواصلات فى القاهرة ، ويرتبط بذلك : سوء الطرق وارتباك المرور وسوء أحوال المركبات ووسائل النقل العام التى تخدم أعدادا فوق طاقتها بكثير ، مما يعانى منه ملايين السكان يوميا ، الى جانب انخفاض العمر الافتراضى لتلك الوسائل ، كما أن خطوط التلفيونات أصبحت عديمة الفاعلية فى كثير من الأحياء السكنية .

- انخفاض حصة الفرد من الرعاية الصحية والاجتماعية والترفيهية وضآلة نصيب ساكن القاهرة من المساحات الخضراء والمناطق المكشوفـــة ، برغم التلوث الذى يهدد العاصمة وارتفاع درجة التزاحم والكثافة السكانية الى درجة مرهقة .

- ازدياد حدة أزمة الاسكان ، وقد أصبحت القاهرة تعانى من ظاهرات لم تكن مألوفة بها مثل : سكنى المقابر ، ووجود أعداد كبيرة من السكان بلا مأوى ، مما يؤدى الى آثار اجتماعية سيئة .

- عدم استيعاب مدارس القاهرة لنسبة كبيرة من التلاميذ ، سواء فى المدارس الابتدائية أو الاعدادية والثانوية . وتكدس الفصول الدراسية بالتلاميذ واضطرار المدارس الى العمل على فترات ، مما يتعكس أثره على التحصيل الدراسى والنشاط المدرسى ، وما يصاحب

ذلك من آثار سيئة على الأجيال الجديدة .

– ظهور أحياء عشوائية النمو تعكس ظاهرة التحضر الزائف ، نظرا لأن سكان هذه الاحياء قد انتقلوا لسكنى المدينة دون أن تتغير أساليب حياتهم أو أنماط سلوكهم الاجتماعي ، وهذه الأحياء منخفضة في مستويات السكان من النواحي الاقتصادية والاجتماعية ، وكثيرا ماتؤدى الى أعراض مرضية في المجتمع .

التوصيات

وفى ضوء الدراسة السابقة ومادار حولها من مناقشات انتهى المجلس الى التوصيات الآتية :–

* بذل الجهود المكثفة لتنمية الريف للتخفيف من حدة عوامل الطرد تدريجيا . ولعل حل كثير من مشكلات المدن المصرية والهجرة اليها يتطلب البدء الفورى بعلاج مشكلات الريف . وفى هذا الصدد لابد من الارتفاع بمستوى الخدمات فى الريف كما وكيفا ، عن طريق نشر الوحدات المجمعة وكهربة الريف والاهتمام برفع انتاجية الفلاح المصرى فى الزراعة أو فى الصناعات الريفية ، ومن الضرورى القضاء على الأمية لتحقيق هذه الأهداف .

* الاهتمام بتخطيط وتنمية المدن متوسطة الأحجام وهى عواصم المحافظات ، وكذلك المدن الصغيرة وهى عواصم المراكز ، وذلك لتتحول هذه المدن الى أقطاب جذب محلية تخفف من مركزية نمو القاهرة وتضخمها ، ولابد إذن من الاتجاه الى التخطيط الاقليمى لربط هذه المدن بأقاليمها وربما يكون تقسيم مصر الى اقاليم تخطيطية خطوة طيبة على الطريق .

وينبغى مرعاة مايلى فيمايتعلق بالعمل على تنمية المدن المتوسطة والصغيرة :

– ألا يكون النمو العمرانى لهذه المدن على حساب الأراضى الزراعية ، ويصدق ذلك خاصة على مدن الصعيد ومنطقة قناة السويس وسواحل البحر المتوسط والبحر الأحمر وعلى هوامش الدلتا المصرية .

– الافادة من التجارب الناجحة فى هذا الصدد ، مثل مجمع الألمنيوم بنجع حمادى وتوسعه على الأراضى الصحراوية وليس على الأراضى الزراعية .

– أن يرتبط ذلك كله بخطة لإعادة توزيع السكان فى مصر وخطة قومية لاستخدام الأراضى .

* العمل على دفع مشروعات انشاء المدن والمجتمعات الجديدة مثل : العاشر من رمضان ، والعامرية ، والسادات ، وغيرها من المدن التى يخطط لها الآن ، على أن يراعى أن يكون لتلك المدن الجديدة كيان اقتصادى بحيث لاتتحول الى توابع لمدن الوادى والدلتا ، ولذلك لابد من أن تتوافر فى هذه المدن الجديدة فرص العمل والسكن معا . ويستدعى هذا تشجيع اقامة المشروعات والصناعات الجديدة بها وربطها بشبكة النقل القومية . ولعل ذلك يسهم فى تعديل مسار حركة الهجرة الداخلية فى مصر .

* اعلان القاهرة الكبرى والاسكندرية مناطق مقفلة أمام أى توسعات صناعية فى المصانع القائمة أو أى انشاءات صناعية جديدة ، وتشجيع انتقال الصناعات التى انتهى العمر الافتراضى لآلاتها وبنيتها الأساسية . مع توزيع الصناعات الجديدة على المحافظات دعما للاستقرار بها وللحد من الهجرة الى القاهرة والاسكندرية .

* اعطاء أولوية لتطوير وتنمية عواصم المحافظات التى أصبح لها مجالس مدن جديدة وفقا لقانون الحكم المحلى ، لتشارك فى عملية جذب السكان اليها من ريفها المجاور ، بدلا من اتجاه الهجرة الى المدن الكبرى وخاصة العاصمة ، ويمكن للمجالس الشعبية أن تؤدى دورا رائدا فى هذه الجهود ، حتى تسهم الحلول الاقليمية للمشكلة السكانية فى تصحيح مسار النمو السكانى وتوزيع السكان ، بدلا من ربط ذلك بالحلول المركزية .

* ينبغى أن تنال الجامعات الاقليمية قدرا كبيرا من الدعم لتحقيق الأهداف التى أنشئت من أجلها وبما يعاون فى ايقاف تيار الهجرة الى المدن الكبرى .

القسم الثالث

الخدمات الصحية

مستقبل التأمين الصحى

يعتبر التأمين الصحى أهم فروع التأمينات الاجتماعية لاتصاله بحماية المواطن ضد المرض والإصابة وأخطارهما ، وما ينتج عنهما من عجز مؤقت أو دائم ويتدرج تحت المساعدات الاجتماعية بعض نظم العلاج الأخرى مثل العلاج المجانى والعلاج الاقتصادى وبعض النظم الخاصة التى تحدد عناصر العلاج او مستواه أو تضع حدا أعلى لما يصرف على المريض وفى ظروفنا الحالية التى نشهد فيها تحولا اقتصاديا واجتماعيا كبيرا ، تصبح وظائف ورسالة هيئات التأمين الاجتماعية بالغة الأهمية .

ونظرا لأن التأمين الصحى يعد من أهم فروع التأمينات الاجتماعية فى الدولة فيجب التنسيق والتكامل بين هذا الفرع الهام وفروع التأمينات الاجتماعية الأخرى ، حتى تشمل مظلة التأمينات الاجتماعية بكل فروعها جميع المواطنين .

والتأمين الصحى ، سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد اخطار المرض او الإصابة ، يكفل تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة لكل من يحتاج اليها وتعويضه ضد العجز المؤقت الذى ينتج عن المرض او الاصابة وفقا لنظام التأمين الاجتماعى ولهذا فان التأمين الصحى يجب ان يقدم رعاية طبية سهلة ميسرة ، عالية المستوى ، ومتكاملة العناصر ويتيح فرصا متكافئة للجميع بصرف النظر عن القدرة المادية للمؤمن عليه .

مقومات التأمين الصحى :

يعتمد التأمين الصحى فى تمويله على مساهمة العامل ومساهمة رب العمل ومساهمة الحكومة وتتجمع هذه المساهمات فى صناديق او صندوق مستقل فى ادارته عن ميزانية الدولة للصرف منها على الرعاية الطبية والتعويضات وفقا للقانون .

وتعتبر المزايا حقا من حقوق المؤمن عليه (وليست منحة) ويتناسب التعويض المادى عادة مع الأجر ولكن الرعاية الطبية ضد المرض اوالاصابة فتقدم لكل من يحتاج اليها ويحدد هذه الرعاية طبيعة المرض أو الاصابة لا درجة مساهمة المؤمن عليه .

ويقتضى نظام التأمين الصحى وجود نظام للتحكيم لاقرار حق الحصول على التعويض النقدى والرعاية الطبية الكاملة .

والتأمين الصحى الزامى بالنسبة للمؤمن عليهم وبالنسبة لأرباب الأعمال ويقصد بالالزام اشتراك جميع المواطنين الذين تنطبق عليهم أحكام قانون التأمين الصحى كما يسرى على أرباب الأعمال الذين يعمل لديهم هؤلاء المواطنون .

ويحقق هذا الالزام ما يأتى :

أ- استفادة الهيئة التى تطبق التأمين الصحى مما يسمى بقانون الاعداد الكبيرة فمع زيادة اعداد المشتركين فى التأمين تزداد المساهمات وترتفع قدرة الصناديق على دفع التعويضات النقدية ورفع مستوى الرعاية الطبية لأن تكاليف المصروفات الثابتة توزع على اعداد كبيرة من المؤمن عليهم ، وبذلك فان تكلفة التأمين الصحى محسوبة على أساس الفرد الواحد تقل كلما زادت أعداد المؤمن عليهم دون المساس بالمستوى بل ان رصيد الصندوق يسمح بتكوين فائض يمكن استخدامه فى التوسع لحماية شرائح ذات دخول منخفضة لم تكن تتمتع بحماية

التأمين من قبل .

ب - تحقيق مبدأ التضامن الاجتماعي فمساهمة العامل تتناسب مع اجره أي أن العامل ذو الدخل المحدود يدفع مبلغا او قسطا شهريا صغيرا ، في حين يدفع العامل ذو الأجر المرتفع قسطا أكبر وبهذا يتحقق التضامن الاجتماعي بين ذوى الدخول المرتفعة وذوى الدخول المنخفضة .

كما أن العامل غير المعرض للمرض أو الاصابة والذى لا يفيد من النظام الا قليلا يتضامن اجتماعيا مع العامل المعرض للمرض أو الاصابة والذى يتردد كثيرا للعلاج وصرف المزايا وهذا ما يسمى بالتضامن الاجتماعي المزدوج .

عناصر الرعاية الطبية التأمينية :

تتمثل هذه العناصر فيما يلى :

- رعاية الطبيب العام (الممارس العام) وتشمل الزيارات المنزلية .
- الفحوص الطبية وتشمل الفحوص المعملية وفحوص الاشعة وغيرها .
- رعاية الاطباء الاخصائيين .
- صرف الأدوية والاجهزة والتعويض بما فيها الاطراف الصناعية وأطقم الأسنان .
- رعاية الحمل والولادة للمؤمن عليهن .
- رعاية المستشفى .
- رعاية وعلاج الأسنان .
- التأهيل الطبى .
- رعاية الناقهين .
- التمريض المنزلى .
- خدمة عربات الاسعاف .

ومن هذا يتضح أن الرعاية الطبية التى تقدم هذه العناصر او معظمها وتتكامل فيها هذه الرعاية تكون عادة باهظة التكاليف لهذا فان نظام التأمين الصحى يجب أن يقوم على اقتصاديات سليمة وأن يكون هناك توازن بين ما يصرف على هذه الرعاية وما يحصل من مساهمات لصالح المؤمن عليهم ، مع اتخاذ اجراءات تنظيمية وادارية وفنية لمتابعة برامج التطبيق والتحقق من أن الرعاية الطبية تقدم على أعلى مستوى وباقل تكلفة ممكنة .

استراتيجية التأمين الصحى حتى عام ٢٠٠٠ :

فى اطار الاستراتيجية العامة للدولة فى تحقيق العدالة الاجتماعية والتكافل الاجتماعى وتنمية القوى البشرية وزيادة الدخل القومى وتوفير الخدمات ، يصبح التأمين الصحى هو الأداة اللازمة لهذه التنمية فى مجال الرعاية الطبية والأهداف التى يمكن الوصول اليها هى ان يغطى التأمين الصحى المواطنين طبقا لبرنامج زمنى يتم تحديده فى ضوء توفير الامكانات المالية والبشرية والمعدات الفنية ووفقا للأولويات الآتية بالنسبة للمستفيدين منه :

١- العمالة المنتظمة من العاملين فى الحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص .

٢- المتقاعدون من العاملين وخاصة اولئك الذين سبق تقديم الرعاية الطبية التأمينية لهم قبل تقاعدهم .

٣- أسر العاملين الذين طبق عليهم نظام التأمين الصحى الاجتماعى ويقصد بالأسرة هنا الزوجة والاولاد القصر .

٤- العاملون فى القطاع الزراعى واسرهم .

٥- العاملون الذين يعملون فى نشاطهم الخاص واسرهم .

وعلى ان يوفر التأمين الصحى العناصر التالية :

١- خدمة الممارس العام .

٢ - خدمة الاخصائى خارج المستشفيات

٣- صرف الأدوية . ٤- رعاية المستشفى .

٥- صرف الأجهزة التعويضية . ٦- رعاية الأم فى الحمل والولادة .

٧- طب الأسنان . ٨ - التأهيل الطبى .

٩- التمريض المنزلى والرعاية الطبية المنزلية .

١٠- خدمات الاسعاف ١١- رعاية الناقهين .

وطبيعى أن هذه العناصر يمكن قصرها فى بداية التطبيق على الأسر - وفقا لحالة التمويل - فى العلاج على مستوى الممارس والأخصائى خارج المستشفيات والحالات الطارئة والعاجلة داخل المستشفيات كما يمكن تأجيل العناصر ٩، ١٠ ، ١١ الى مراحل متقدمة من التطبيق .

ولا شك ان الحفاظ على مستوى الرعاية الطبية المرجوة يقتضى تقييم هذا المستوى وتقييم الاداء بين فترة وأخرى عن طريق مجموعات فنية تتولى أداء البحوث اللازمة لتقييم هذا الأداء ومتابعة التنفيذ .

كما أن برامج التأمين الصحى لا بد وأن تعمل على تحقيق الأهداف المشار اليها آنفا طبقا لبرنامج زمنى محدد ومتدرج يواجه الموضوعات التالية :

- كيفية التوسع .
- تنظيم الهيئة وعلاقاتها بالفروع وبالهيئات التأمينية الأخرى .
- التمويل والتوازن المالى .
- انماط التطبيق .
- المجتمع الزراعى وكيفية تطبيق التأمين الصحى على العاملين فى القطاع الزراعى والتوسع فى تطبيق التأمين الصحى اما أن يكون جغرافيا او رأسيا .

أولا : التوسع الجغرافى :

ويقصد به التطبيق فى موقع جغرافى معين ، كما حدث فى محافظة الإسكندرية ، حيث بدىء بالتأمين الصحى على منشآت كبيرة ثم امتد التطبيق حتى شمل منشآت القطاع الخاص التى يبلغ عدد العاملين فيها ١٠ اعمال فاكثر ثم ٥ اعمال فاكثر ثم العاملين فى الهيئات العامة والمؤسسات العامة ثم العاملين بالمصالح الحكومية وقد أتاح التوسع الجغرافى للهيئة الإفادة من الامكانات المادية والبشرية الموجودة فى محافظة الاسكندرية واستكمال الامكانات كلما زاد عدد المؤمن عليهم وأحكام الرقابة ومتابعة التنفيذ عن كثب ، حيث تظهر مشاكل التطبيق ، وتقوم ادارة الفرع بحل هذه المشاكل اولا باول .

ومن شأن هذا التوسع الجغرافى أن يتولى التطبيق على المنشآت الصغيرة والكبيرة ، وتزداد أعداد المؤمن عليهم ويتحقق للهيئة من التمويل الكافى ما يمكنها من استيعاب الفئات الضعيفة والمحرومة من الرعاية الطبية .

ثانيا : التوسع الرأسى :

ويعنى التطبيق على فئة معينة بذاتها فى جميع المحافظات مرة واحدة ثم امتداده الى فئة أخرى أو شريحة على مستوى الجمهورية وهكذا . وهذا النوع من التوسع هو ما اتبع عند التطبيق على العاملين بالحكومة ، وما اتبع ايضا عند التطبيق على بعض الهيئات مثل العاملين بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية حيث طبق التأمين على مجموعات صغيرة فى كل محافظة واتبع الأسلوب غير المباشر فى التطبيق ، حيث تم التعاقد مع الأطباء الممارسين والأخصائيين فى عياداتهم وطبيعى ان يتعذر على الهيئة رقابة التطبيق فى ادارات الفروع وادارة الهيئة وقد أدى كل هذا الى ارتفاع التكلفة وانخفاض مستوى الخدمة وسوء الاستخدام وخاصة فى مجال الدواء .

ولهذا فان اسلوب التوسع الجغرافى هو الاسلوب الأمثل الذى يمكن من التوسع السريع واستغلال وخلق الامكانات وتقديم أعلى مستوى من الرعاية باقل تكلفة ممكنة .

ومن ناحية أخرى فان التطبيق الجغرافى وتغطية أكبر عدد من المواطنين فى موقع جغرافى معين ، سوف يسهم فى تطور المجتمع فى هذا الموقع ويؤدى الى تنمية الحالة الصحية للقوى البشرية فيه وبالتالى تتكامل خطة الرعاية الطبية مع الخطة الاجتماعية والخطة الاقتصادية على المستوى المحلى .

على أن تكون اولويات التطبيق فى الموقع الجغرافى المعين على النحو الآتى :

– العمالة المنتظمة من العاملين بالقطاع العام والخاص ويبدأ بالمنشآت التى تضم أكثر من ٥٠ عامل ثم يستمر البرنامج فى خطوات تالية للتطبيق على المنشآت الأقل وفقا لاعداد العاملين فى الموقع والامكانات التى يتم توفيرها فى الخطوات التالية .

– المتقاعدون من الوحدات التى يطبق عليها التأمين الصحى ، ويبدأ بمن سبق التأمين عليهم وتقاعدوا ، ثم باقى المتقاعدين .

– أسر العاملين المؤمن عليهم .

– الذين يعملون فى نشاطهم الخاص اى الذين يعملون لدى انفسهم واسرهم .

– العاملون فى القطاع الزراعى وأسرهم .

ووفقا لهذه الاستراتيجية فان البرامج المقترحة تطبق التأمين الصحى بشكل متدرج على مدى عشر سنوات فى مواقع جغرافية معينة فى مجتمعات صناعية وزراعية : حضر وريف والسبيل الى تنفيذ هذه البرامج الطموحة هو حصر الامكانات المادية والبشرية ، والعمل على تجميع وتنسيق الامكانات الحالية ، وخلق امكانات جديدة تتناسب مع المستوى الفنى الذى نهدف اليه وهو أعلى مستوى من الرعاية باقل تكلفة ممكنة . وعلى هذا فان هيئة متخصصة لها امكانات فنية وادارة واسعة هى التى يمكنها ان تقوم بتنفيذ مثل هذه البرامج .

ولهذا فان هيئة التأمين الصحى – لكى تحقق برامج التأمين الصحى

– يتعين أن تكون مقوماتها على النحو التالى :

– هيئة فنية متخصصة تعمل على المستوى القومى .

– تختص هذه الهيئة بوضع البرامج التخطيطية وتعمل على رقابة ومتابعة هذه البرامج .

– ان يتبع هذه الهيئة صندوق مستقل عن ميزانية الدولة يخضع لمجلس ادارة الهيئة لتحقيق ميزانية برامج للوصول الى اهداف معينة .

– ويكون هذا الصندوق مركزيا ، لتحقيق تضامن اجتماعى بين فروع تعمل على مستوى الجمهورية ، ويتبع باسلوب اقتصادى بحيث يحقق التوازن المالى بين ايراداته ومصروفاته مع تحقيق احتياطيات كافية .

– تكون هذه الفروع قادرة ماليا واداريا على تنفيذ البرامج ، أى يتعين أن تكون لها سلطات مالية وادارية واسعة وتخضع لرقابة ومتابعة وتقييم هذه الهيئة .

– تختص هذه الهيئة بتقديم الرعاية الطبية للمؤمن عليهم فى حالات المرض والاصابة ، وتشمل الإصابة كل ما يتصل بالأمراض المهنية والوقاية منها . وفى سبيل ذلك تقدم هذه الرعاية بالطريق المباشر او الطريق غير المباشر وتقوم باداء رسالتها بالتعاون والتنسيق مع وحدات وزارة الصحة وتؤول اليها الوحدات التى كانت تقدم العلاج للأفراد الذين يطبق عليهم نظام التأمين الصحى ، ايا كانت تبعية هذه الوحدات .

– يضم فى مجلس ادارات الهيئة والفروع : ممثلو العمال المؤمن عليهم وممثلو ارباب الأعمال من القطاع العام والخاص وممثلو الأطباء الذين يقدمون الرعاية الطبية للمؤمن عليهم ، مع عدد من خبراء التأمين الصحى الاجتماعى .

وأن ينشأ مجلس للتأمين الصحى يتولى :

– رسم سياسة التطبيق والتوسع .

– التنسيق بين جميع الجهات المعنية بتطبيق التأمين الصحى ، بما يحقق الاهداف والبرامج .

– وضع السياسة التى تتبع بشأن فرض الرسوم على مراحل الخدمة .

– تحديد مستوى الخدمة فى مراحلها المختلفة ، ووضع معدلات الاداء .

– العمل على تنمية الوعى التأمينى وتحديد دور الجهات المختلفة فى هذا المجال .

ومن الواضح انه كلما امتدت مظلة التأمين الصحى انحسرت النظم العلاجية المختلفة بحيث لا يبقى فى نهاية البرنامج الا قدر بسيط من العلاج المجانى يكفى لتقديم الرعاية الطبية لغير القادرين من غير المؤمن عليهم .

ويبقى أيضا العلاج الخاص أى الأطباء فى عياداتهم ، وبعض المستشفيات الخاصة التى يملكها الأطباء – وذلك لعلاج القادرين الذين يرغبون فى التمتع برعاية طبية خاصة ، وان كان يشملهم نظام التأمين الصحى .

تمويل التأمين الصحى :

يعتمد التمويل فى التأمين الصحى على اسلوبين : اسلوب المساهمات ، واسلوب الضرائب ، مباشرة كانت او غير مباشرة ولكل نظام مميزاته ومضاره ، وفى مصر – كما فى معظم نظام التأمين الصحى فى الدول الغربية – يعتمد النظام على اسلوب المساهمات ، وهو مساهمة العامل المؤمن عليه ، ومساهمة رب العمل ، ومساهمة الحكومة .

ومساهمة العامل – بالاضافة الى زيادة التمويل وتحقيق مبدأ التضامن الاجتماعى – تنمى فيه الشعور بالانتماء للنظام والمسئولية تجاهه ، وتجعله صاحب حق .

وتمثل مساهمة رب العمل فى حقيقة الأمر قسطا للتأمين يدفعه رب العمل نيابة عن العامل نفسه . ورب العمل بالنسبة للعاملين فى الحكومة هو الحكومة نفسها .

اما مساهمة الحكومة وهى العنصر الثالث فى المساهمات فهى مبالغ تخصص من الحكومة لدعم صندوق الهيئة القائمة على التنفيذ وزيادة قدرتها على تحقيق برامج التأمين الصحى .

وتقوم الحكومة عادة بسد العجز اذا ما زادت مصروفات التأمين الصحى عن موارده ، لتحقيق التوازن المالى ، وخصوصا عندما يمتد التطبيق ليشمل فئات ضعيفة من حيث مستوى دخولها ، او مستوى الرعاية الطبية ، مثل المتقاعدين او العاملين فى الزراعة او الجهات التى كانت محرومة اصلا من الرعاية الطبية .

واذا كان نظام التمويل الحالى يقضى بتفاوت النسب التى تحصل لصالح التأمين الصحى فانه – تحقيقا للعدالة الاجتماعية وتوزيع الأعباء وفقا للمقدرة المادية للمواطنين – يقتضى الأمر توحيد النسبة المئوية التى تخصم من راتب المؤمن عليه ، وما يقابلها مما يحصل من رب العمل لصالح المؤمن عليه واسرته .

والاتجاه الآن فى معظم نظم التأمين الصحى هو الاعتماد فى تمويل النظام على الضرائب وهى نظرة اوسع لتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعى ، وذلك بتخصيص ضريبة على دخول الافراد تتصاعد مع قدراتهم المادية .

انماط التطبيق :

هناك اسلوبان لتطبيق التأمين الصحى هما :

اولا : التطبيق المباشر : ويعنى ان تتملك الهيئة وحدات الرعاية الطبية من عيادات ممارس عام ، وعيادات شاملة للاخصائيين ، والمستشفيات وغيرها من وحدات الرعاية الطبية ويعمل الاطباء وافراد المهن الطبية فى هذه الوحدات عن طريق التعيين بمرتبات شاملة أو عن طريق التعاقد . وهذا النظام يسمح بادارة الوحدات وفقا للمبدأ المتعارف عليه على مستوى من الرعاية – بأقل تكلفة ممكنة فالوحدات الخاضعة لادارة الهيئة تكون تحت رقابتها وتوجيهها من حيث المستوى الفنى وتكلفتها عادة اقل من الاسلوب غير المباشر .

ثانيا : التطبيق غير المباشر : ويعنى التعاقد مع الاطباء الممارسين والاخصائيين فى عياداتهم ، والتعاقد مع المستشفيات وغيرها من المراكز لتقديم الرعاية الطبية مقابل دفع نفقات العلاج ، وفقا لحساب يتفق عليه بالحالة او بالفرد ، وهذا النظام يسمح بحرية اختيار الممارس من بين الذين يتعاقدون مع الهيئة المختصة .

وتقوم الهيئة العامة للتأمين الصحى حاليا باتباع الاسلوبين خاصة عندما امتد التأمين الصحى ليشمل فئات العاملين بالحكومة ، كما انها تتعاقد مع وزارة الصحة لعلاج المؤمن عليهم داخل مستشفياتها .

ونظرا لضخامة برامج التأمين الصحى لتحقيق الأهداف المطلوبة ولتطبيق التأمين الصحى على مراحل ، فانه لامناص من اتباع الأسلوبين المباشر وغير المباشر ، وتطوير الأسلوب غير المباشر ، بدخول مجموعات

من الأطباء ممارسين واخصائيين على هيئة جمعيات او مؤسسات فنية قادرة على تطبيق التأمين الصحى ، عن طريق التعاقد مع الهيئة فى مواقع جغرافية معينة ويمكن للهيئة ان تساهم فى رأس مال هذه المؤسسات او تقرضها من اموالها لانشاء وادارة وحداتها .

وهذا النظام قد يسمح باجتذاب رؤوس الأموال الخاصة ، واستثمار الهيئة فى خطط وبرامج التأمين الصحى . وفى هذه الحالة يمكن وضع تشريع يسمح بقيام هذه المؤسسات الخاصة التى لا تهدف الى الاستغلال بل الى تقديم مستوى عال من الرعاية الطبية والحد من تصاعد نفقات الرعاية الطبية ، وخاصة الدواء .

القطاع الزراعى :

تطبيق التأمين الصحى على القطاع الزراعى :

نظرا لعدم استقرار القوى البشرية العاملة فى هذا القطاع ، وصعوبة توفير الأموال والامكانات اللازمة لتطبيق التأمين الصحى عليهم فانه يمكن تأجيل امتداد التأمين الصحى داخل هذا القطاع الى آخر اولويات التطبيق .

وفى هذا القطاع ، سوف تلجأ الهيئة الى التعاقد مع وزارة الصحة للافادة من وحداتها المنتشرة على امتداد ريف مصر ، ومن شأن هذا التعاقد تيسير التطبيق وتوفير عناصر الرعاية الطبية على مستوى الممارس والاخصائى والمستشفى .

ونظرا لبعد المسافات بين وحدات الممارس العام والمستشفى والاخصائى ، فانه يقترح تنظيم اقامة الممارس العام فى الوحدات الريفية والمجموعات الصحية ليكون على مستوى ممارس عام متخصص فى أحد الفروع الطبية حتى تكون المجموعة متكاملة ولا تلجأ للتحويل الى المستشفى المركزى او العيادات التخصصية الا عند اللزوم .

كما انه لامناص من صرف الأدوية بالطريق المباشر ، وذلك بتعزيز هذه الوحدات بالصيادلة وتكوين احتياطى كاف من الدواء لخدمة المؤمن عليهم .

وفى عواصم المحافظات والمراكز ، يتعين تعزيز امكانات الرعاية الطبية للمؤمن عليهم بانشاء وتجهيز العيادات الشاملة والمستشفيات .

وفى المناطق النائية يستلزم تنظيم وسائل الاسعاف من سيارات مجهزة وطائرات هليوكبتر .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ومادار فى المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

* نظرا لأن التأمين الصحى هو أحد فروع التأمينات الاجتماعية لذلك يراعى التنسيق والتكامل بين استراتيجية التأمينات الاجتماعية وبين المبادىء المقترحة لاستراتيجية التأمين الصحى .

* ان يغطى التأمين الصحى جموع المواطنين وفقا لأولويات محددة وطبقا لبرنامج زمنى محدد .

* انشاء مجلس للتأمين الصحى برئاسة وزير الصحة يتولى المسئوليات المشار اليها فى التقرير على ألا يحول ذلك دون انشاء مجلس أعلى للتأمينات الاجتماعية للتنسيق على المستوى القومى بين كافة الأجهزة المسند اليها تقديم الخدمات التأمينية .

* ان يكون للهيئة العامة للتأمين الصحى صندوق مستقل يدار وفق الاسلوب الاقتصادى .

* تطوير تشكيل مجالس ادارة الهيئة العامة للتأمين الصحى وفروعها ومناطقها ووحداتها ، لتسمح بتمثيل المؤمن عليهم ، وارباب الاعمال فى القطاعين العام والخاص والأطباء ، والخبرات التى يرى ضمها لهذه المجالس .

* استحداث انماط جديدة للتطبيق ، بحيث يعهد الى مؤسسات طبية أو جمعيات طبية تأمينية أمر تطبيق التأمين الصحى فى موقع جغرافى معين ، أو تطبيق بعض أو كل عناصر الرعاية الطبية التأمينية . وتكون الهيئة العامة للتأمين الصحى مسئولة عن الرقابة والمتابعة وتقييم الأداء وفق معايير فنية ومالية وادارية تضعها لهذا الغرض .

ملاحـــق

١- احصائيات :

العمالة المنظمة (أ) تأمين ضد اصابة العمل ٤.٠٦٩.٥٩٠

ينتفع بالعلاج الطبى وفقا للقانون ٧٩ منهم ١.٠٨٠.٥٨٦

ب) العاملين بالقطاع الحكومى ٢.٠١٤.٦٠٠

ينتفع منهم بالتأمين ضد المرض وفقا للقانون ٣٢ ٥٨٧.٥١٧

ووفقا للقانون ٧٩ ١٦٢.٢٤٩

أى أن العمالة المنتظمة تقدر الآن بحوالى ٦.٠٨٤.١٩٠

العمالة المنتظمة فى القطاع الحكومى والعـــام ٤.٢ مليون

العمالة المنتظمة فى القطاع الحكومى والعام واسرهم ٢١.٨٤٠.٠٠٠ مليون .

٢ - بعض مستويات الرعاية الطبية :

خدمة الممارس العام :

ممارس عام لعدد من المؤمن عليه لايجاوز ٢٠٠٠

يساعد كل ممارس عام بممرضة وعامل كما يعين لكل ثلاثة اطباء عامل لاعمال التسجيل والأعمال الكتابية والسجلات تخصص عيادة مجمعة للممارسين لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه وسط التجمع التأمينى .

خدمة الاخصائى خارج المستشفيات :

تخدم العيادة الشاملة مجموعة من المؤمن عليهم تتراوح بين ١٠.٠٠٠ ، ٤٠.٠٠٠ يقدم الأخصائيون الرعاية الطبية فى تخصصاتهم لعدد من المؤمن عليهم فى الحدود التالية :

اخصائى أسنان	لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه
اخصائى نساء وولادة	لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه
اخصائى باطنية - عيون - عصبية ونفسية	لكل ١٥.٠٠٠
اخصائى جراحة عامة - اخصائى جراحة عظام	لكل ٢٠.٠٠٠
اخصائى انف واذن وحنجرة	لكل ٣٠.٠٠٠
اخصائى صدرية - اخصائى مسالك بولية	لكل ٤٠.٠٠٠

ويعمل كل اخصائى ست فترات اسبوعية .

خدمة المستشفيات :

يخصص ٣ اسرة لكل ١٠٠٠ مؤمن عليه .

الأخصائيون - رئيس قسم - أخصائى - اخصائى - اخصائى مساعد - واحد لكل ١٠ اسرة حيث مقيم لكل قسم ١ ، ٤٠ سرير أيهما اقل .

لا تقل نسبة اعضاء التمريض الى عدد الاسرة عن ممرضة لكل ٤ اسرة .

فنى معمل لكل ٥٠ سرير .

فنى اشعة لكل ١٠٠ سرير .

اخصائى اجتماعى وعلاقات عامة لكل ١٠٠ سرير .

اخصائية تغذية لكل ١٠٠ سرير ومساعدة لكل ٥٠ سرير .

معاون خدمة واحد لكل ثلاثة اسرة .

تزود معامل المستشفى والعيادة الشاملة واقسام الاشعة باحدث اجهزة التشخيص والعلاج كما تزود الاقسام الداخلية لكل وسائل العلاج التكنولوجية وخاصة المستشفيات المتخصصة .

٣- معدل الانفاق الصحى : (ختامى ١٩٧٨) :

	مليم جنيه	مليم جنيه
- الانفاق الصحى للفرد	٩.٥٨٤	(منها ٣.٥٤٨ دواء)
- الانفاق الصحى الحكومى للفرد	٤.٤٠٠	(منها ٠.٥٧٠ دواء)
- الانفاق الصحى الخــاص للفرد	٥.١٨٤	(منها ٢.٩٧٨ دواء)
- الانفاق الصحى الحضرى للفرد	٢٠,٥٠٨	
- الانفاق الصحى الريفى للفرد	٠.٩٩١	
- الانفاق الوقائى للفرد	١.٤٨٠	
- الانفاق العلاجى للفرد	٨.١٠٧	

- نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى :

٣٨٢.٣١٨.١٣٨ = ٤.٩٤ ٪

٧.١٣٩.٣٠٠.٠٠٠

- نسبة الانفاق الصحى الحكومى الى الانفاق العام الحكومى :

١٧٥.٦٢٥.٩٤٠

———————— = ١.٩٢ ٪

٩.١٤٥.٠٠٠.٠٠٠ مليم جنيه

- الانفاق الدوائى الحكومى للفرد = ٠.٥٧٠

- الانفاق الدوائى للفرد = ٣.٥٤٨

٤- الوضع القائم حاليا للمساهمات :

١ ٪ من المؤمن عليه
٣ ٪ من رب العمل
بالنسبة للقانون ٧٩

٠.٥ ٪ من المؤمن
١.٥ ٪ من رب العمل (الحكومة)
بالنسبة للقانون ٣٢

الوضع المقترح كحد ادنى للمساهمات

ان يكون اشتراك العامل المؤمن عليه عن نفسه ١ ٪
ان يكون اشتراك رب العمل ٣ ٪
التأمين ضد المرض

ان يكون اشتراك رب العمل ١٪ التأمين ضد علاج الاصابة والمرض المهنى .

ان يكون اشتراك العامل عن الاسرة ١.٥ عن كل فرد من افراد الاسرة من بينهم الزوجة وثلاثة اولاد وما زاد عن الابن الثالث يدفع ١ ٪ عن كل ابن .

يدفع العامل بالتضامن مع نقابته هذا الاشتراك .

ان يكون اشتراك رب العمل عن الاسرة ١ ٪ .

ويكون تحصيل نصيب العامل ورب العمل عن طريق رب العمل نفسه .

الرعاية الطبية الاجتماعية حتى عام ٢٠٠٠

ترتبط العوامل الاجتماعية للفرد ارتباطا وثيقا بما يصيب الجسم من امراض ، بل قد تكون سببا له وبدون تناول هذه العوامل الاجتماعية بالعلاج قد لا يؤدى العمل الطبى دوره بشكل كامل ، بل لا يستطيع الوصول الى هدفه وهو شفاء المريض .. ولذلك ينظر الآن للمؤسسة الطبية على انها دار للعلاج التكاملى للفرد باعتبار ان المريض انسان له امراضه الجسمية ومشاكله النفسية وعلاقاته الاجتماعية ، وهذه كلها لا يمكن فصلها عن بعضها لأنها تتفاعل وتؤدى بالفرد الى الحالة المرضية التى تلحق به ، ومن ثم أصبح ينظر الى الانسان نظرة شاملة حين نتناوله بالعلاج باعتباره جسما ونفسا وعلاقات اجتماعية .

وقد ساهم الطب النفسى فى تعميق هذا الاتجاه فظهرت الحاجة الى الاستعانة باساليب الرعاية الاجتماعية الطبية التى تهدف بصفة عامة الى :

معاونة المريض على الاستفادة من وسائل العلاج المتاحة ومحاولة تعديل ظروفه الاجتماعية بما يعاون على اتمام شفائه .

تبين العلاقة بين المرض والظروف البيئية والاجتماعية والنفسية .

تزويد الطبيب المعالج بمعلومات مفصلة عن بيئة المريض وحالته النفسية والاجتماعية ليكون امامه وقت تشخيص الحالة او رسم خطة العلاج .

وقد بدأت الرعاية الاجتماعية الطبية تأخذ دورها فى مستشفيات وزارة الصحة منذ عام ١٩٤٨ ، ومن الانصاف ان نذكر ان جهودا تطوعية جادة سبقت هذه المرحلة من المستشفيات والجمعيات والمؤسسات الاهلية وخاصة فى مجال الامراض الصدرية .

ثم امتدت خدمات الاخصائى الاجتماعى الى مستشفيات ودور الصحة النفسية ، ثم شملت بعد ذلك تدريجيا المستشفيات العامة ومراكز رعاية الطفولة والامومة وغيرها من وحدات الوزارة .

وكانت الرعاية الاجتماعية قد بدأت بصفة رسمية فى ذلك التاريخ باخصائى واحد ، ثم اتخذت إعداد الاخصائيين الاجتماعيين تتزايد فى وزارة الصحة ، حتى وصل عددهم الآن إلى مايربو على الألف وأصبح للاخصائى الاجتماعى دور فى جهاز المستشفى ، ولا شك ان الاستخدام

الواعى لجهد الاخصائى الاجتماعى بالمستشفى يعود بالنفع الكبير على حالة نزلائه من المرضى .

المستشفى او الوحدة الطبية كمؤسسة اجتماعية :

بدأت المستشفى او الوحدة الطبية تأخذ شكلها الاجتماعى المكتمل كتنظيم اجتماعى يقوم على خدمة المجتمع ويلبى احتياجاته فى اوائل القرن العشرين ، وقد ساعد على قيام الوحدة الطبية بهذا الدور المتطور برامج الصحة العامة ، خاصة ما يتعلق بتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية للمرضى المترددين عليها ، وضرورة التشخيص المبكر للمرض .

واذا كانت الوحدة الطبية تقدم الخدمة الطبية للمرضى ، فان ذلك لا يبعدها عن دورها الاساسى كاداة لتقديم الرعاية الصحية للمجتمع المحلى الذى تقع فيه ، فالوحدة الطبية جزء حيوى هام يعمل فى اطار السياسة الصحية للدولة ، ويمتد نشاطه ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص وعلاج وتأهيل وتعليم طبى وبحث علمى وبهذا المفهوم تعتبر الوحدة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى توجد فيه . ومن جانب آخر فإن للوحدة الطبية حقوقا قبل المجتمع المحلى الذى تقع فيه ، اهمها حق المساندة والدعم بالرأى والكلمة والعمل ، ولا يتأتى ذلك الا اذا تفهم المجتمع دور الوحدة الطبية وتفهمت الوحدة الطبية احتياجات المجتمع وقامت على تحقيقها ، ويحتاج ذلك الى جهد متواصل من التوعية ورفع مستوى الخدمة ، يقوم به ويتكاتف على تنفيذه جميع العاملين بالوحدة .

وتأكيدا لأهمية دور الوحدة الطبية وتفاعلها مع المجتمع المحلى الذى تقع فيه ، يصبح من الضرورى أن يكون من بين اعضائها من هو قادر علميا وعمليا على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفراده وقياداته وعلى امكاناته ، كما يكون لديه الوسائل التى تمكنه من التعرف على مشاكل واحتياجات هذا المجتمع خاصة الصحية منها ، وواضح ان الاخصائى الاجتماعى بالوحدة الطبية بحكم اعداده وخبراته وتدريبه اقدر الافراد على القيام بهذا الدور ، فضلا عن مهمته الرئيسية داخل الوحدة فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مراحل علاجهم ورعايتهم .

نظرة مستقبلية للخدمة الاجتماعية الطبية :

شهد العقدان الاخيران تغيرا واضحا فى مختلف مجالات الخدمة الاجتماعية بما فيها الخدمة الاجتماعية الطبية ، فبعد أن كان الاهتمام ينصب اساسا على الفرد ، تحول الاهتمام الى الأسرة ، فالجماعة ، ثم انتقل بعد ذلك الى المجتمع ككل .

وقد اقتصر مجال ممارسات الخدمة الاجتماعية الطبية فى بداية نشأتها على الأقسام الداخلية للمستشفيات ، ومرضى العيادات الخارجية الحكومية ، مما ألقى على ممارس الخدمة الاجتماعية الطبية مسئولية انتماء مزدوج ، فهو ينتمى الى المستشفى او الوحدة الطبية التى يعمل بها وعليه الاسهام فى تحقيق أهدافها وأداء وظيفتها ، وينتمى ايضا لمهنة الخدمة الاجتماعية التى تعتبر بالنسبة للمستشفى مهنة مساعدة ، ومن ثم فان عليه ان يوضح دائما أهدافها سواء للمستفيد من جهوده او للمشارك له فى بذل الجهد .

واتسع مجال الخدمة الاجتماعية الطبية تدريجيا حتى شمل فئات المرضى بامراض ذات طابع متميز مثل مرضى الدرن والسرطان والعظام ومرضى العقول ، ثم اتسع المجال بدرجة أكبر فشمل الهيئات التطوعية والاقسام الطبية فى هيئات الرعاية الاجتماعية ، ومختلف الهيئات التأهيلية ووحدات التأمين الصحى والصحة المهنية .

وأخذ التغير يتطرق الى كل جوانب عمل الاخصائى الاجتماعى الطبى ، فقد اثبتت الممارسة أهمية فهم كافة أبعاد الموقف الاجتماعى والظروف النفسية للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة ، واقتضى ذلك بالتالى ان يعمل الاخصائى الاجتماعى ضمن فريق قد يضم فى كثير من الأحيان الى جانب الطبيب والمرضة الاخصائى النفسى واخصائى التغذية والتأهيل والعلاج الطبيعى وغيرهم

ممن يحتاج الى جهودهم سواء في التشخيص او العلاج .

وتبين أيضا ان خطط العلاج لم تعد تقتصر على امكانات المستشفى او الوحدة الطبية وانما ظهرت الحاجة الى استغلال موارد مختلفة من المجتمع ، ولذلك أصبح ضمن مسئوليات الاخصائي الاجتماعي الطبي محاولة ايجاد صلات بين موارد البيئة من ناحية والهيئة الطبية التي يعمل بها من ناحية أخرى .

وتعرضت مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية الى مزيد من التغير في ظل جهود التنمية التي شهدتها مصر ، ورغم تضاؤل التاكيد على عامل واحد كمحدد للتخلف أو التنمية فقد ظلت مستويات الصحة العامة على رأس قائمة المؤشرات المحددة لذلك واعتبرت برامجها من المنطلقات الاساسية نحو تحقيق حياة أفضل للمجتمع .

واذا كانت جهود التنمية موجهة نحو زيادة الانتاج والدخل القومي فإن العنصر البشري يظل وسيلة وغاية لكافة الجهود التنموية ، وهذا يؤكد اهمية صيانة وتنمية الموارد البشرية من خلال مختلف الجهود التي من اهمها الجهود الصحية والطبية بما تتضمنه من جهود الخدمة الاجتماعية الطبية .

وبتأكيد هذه الفكرة ظهرت فكرة الخدمة الاجتماعية الوقائية ، وتحددت ثلاثة مستويات للعمل الوقائي على النحو التالي :

– المستوى الأول : يتضمن كل الانشطة ومحاولات التدخل لمنع حدوث المرض من خلال الجهود الرامية لرفع مستوى الصحة العامة ، ومحاولات حمايتها من كل ما يهددها من مخاطر ولا شك أن هذا المستوى يتطلب ان تتضافر جهود تخصصات متعددة ، من بينها الخدمة الاجتماعية وليس من الضروري أن يكون العاملون في هذا المستوى من العاملين بالمستشفيات والوحدات الصحية والطبية ، وانما يمكن أن يكون الجهد حصيلة تعاون الاخصائيين الاجتماعيين مع غيرهم من التخصصات العاملة في هذا المجال بالإضافة الى جهود الاهالي وذلك طبقا لخطة عمل متكاملة واعية بالأهداف الوقائية .

وتتمثل الوقائية الأولية في الانشطة الموجهة نحو تأمين مستوى مناسب من الدخل والاسكان المناسب والتعليم والتدريب والإرشاد الاسري ، وكل ما من شأنه وضع أساس قوى لتفادي حدوث المرض ولعل هذا المستوى هو الذي يمكن أن يعتبر مستوى وقائيا خالصا .

– أما المستوى الثاني : فيتضمن جهود الاكتشاف المبكر والعلاج من أجل تحقيق الشفاء الكامل او السيطرة التامة على المرض ، ومجال ممارسة انشطة هذا المستوى يمكن ان يكون في المناطق السكنية ، والمدارس ، والمصانع وغيرها حيث يمكن اكتشاف المشكلات مبكرا والتدخل في وقت يسمح بالسيطرة على المشكلة قبل أن تتفاقم وتعتبر مجالات الارشاد وخدمات الطوارىء كلها امكانات اسهام هامة في الجهود على هذا المستوى .

– كما يتضمن المستوى الثالث : الانشطة الموجهة نحو التخفيف من حدة المرض بالتخفيف من صور العجز والتقليل من الحاجة للآخرين نتيجة الاصابة بالمرض او العجز ، وهذه الممارسة مألوفة للخدمة الاجتماعية الطبية منذ نشأتها وستظل بؤرة اهتمام الاخصائي الاجتماعي الطبي الذي يقدم خدمات علاجية وتأهيلية في مختلف مجالات العمل الطبي والصحي .

النمط التنموي للخدمة الاجتماعية الطبية :

على ضوء ما تقدم ، يصبح على الاخصائي الاجتماعي أن يبحث عن المرضى والمعرضين للمرض ممن يمكن توجيه خدمات وقائية وعلاجية لهم ، ولا يتناقض هذا مع حق الفرد في تقرير مصيره ومشاركته في وضع خطة العلاج وتنفيذها ، وانما يتمثل الجهد المبدئي للاخصائي الاجتماعي الطبي في التعرف على المحتاجين لجهوده والوصول اليهم . مستخدما كل او بعض الاساليب المهنية في تعامله مع هذه الفئات .

وتعامل الاخصائي الاجتماعي الطبي مع المجتمع المحلي – قياداته وافراده وجماعاته – يمكن ان يتم من خلال الجهود الارشادية المناسبة للهيئات الاجتماعية والتنسيق بين جهود مختلف الهيئات وغير ذلك .

وانطلاقا من المنظور الأوسع للخدمة الاجتماعية الطبية يمكن القول بان المواقف التى تتعامل معها اصبحت شديدة التعقيد متعددة الجوانب الأمر الذى يترتب عليه تزايد حاجة الاخصائى الاجتماعى الطبى الى معارف تتعلق بموضوعات كثيرة ومتباينة ، عن الفرد والأسرة والعلاقات البيئية كما تقتضى نشأة برامج جديدة ، لا سيما وقد تزايد حجم المجموعات التى يتعامل معها الاخصائى الاجتماعى ، كما فى مجالات الارشاد وفى حالات تطبيق نظام التأمين الصحى جزئيا أو كليا .

إعداد الأخصائى الاجتماعى الطبى :

هذه الصورة تجعل اعداد الاخصائى الاجتماعى الطبى أمرا يحتاج مزيدا من الاهتمام واعادة النظر ، وهذا يلقى مسئولية على كليات ومعاهد الاخصائيين الاجتماعيين من جانب والاجهزة المعملية لممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية فى وزارة الصحة والتأمين الصحى ومختلف وزارات الخدمات التى تتضمن مجالات للممارسة من جانب آخر ، ويدخل فى هذه المسئولية مراجعة البرامج الدراسية وإعداد دورات تدريبية للعاملين فى مختلف مراحل عملهم الى جانب الاهتمام بلقاءات العاملين فى مؤتمرات وحلقات دراسية والاهتمام باطلاعهم على أنماط الممارسة فى مجتمعات مشابهة وأخرى أكثر تقدما فى هذا المجال .

وبقدر حاجة الاخصائى الاجتماعى لمزيد من التعليم والتدريب ، فقد ظهرت الحاجة لأن يكون له دور تعليمى بالنسبة للفئات الاخرى المتعاملة مع المرضى ، فاصبحت الخدمة الاجتماعية احد المناهج الدراسية التى تدرس فى كليات العلاج الطبيعى ومدارس التمريض وفى الولايات المتحدة الامريكية اعترف بهذا الدور فى كليات الطب ايضا ، اما فى مصر فقد وجدت علوم النفس والاجتماع ، فى بعض الأحيان ، منفذا ضيقا الى كليات الطب و الصيدلة ، ولاشك ان الطبيب فى حاجة الى التعرف على اساسيات الخدمة الاجتماعية لتزداد قدراته على افادة مرضاه ، ولتحقيق زيادة فاعلية المشاركة فى عمل الفريق خاصة على مختلف مستويات العمل الوقائى .

الموقف الحالى لجهاز الخدمة الاجتماعية الطبية بقطاع الصحة :

١ – يبلغ عدد الاخصائيين الاجتماعيين بوزارة الصحة ومديريتها الآن ٧٩٢ اخصائيا اجتماعيا من خريجى الجامعات (اقسام الاجتماع) وكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية ، ٢٥١ مساعد اخصائى اجتماعى من خريجى المعاهد الاجتماعية فوق المتوسطة ويدخل ضمن هذا العدد المعاون والذين فى اجازات خاصة موزعين على ادارات الوزارة ومعاهدها ومديرياتها بالمحافظات .

٢ – يبلغ عدد أسرة الوزارة ٢٠٢٤٣ سريرا بالمستشفيات العامة والمركزية ، ٣٨٠٢٢ سرير بالمستشفيات النوعية كما يبلغ عدد باقى الوحدات الاخرى التى تحتاج الى خدمة اجتماعية ٤٧٥٩ وحدة .

٣ – طبقا للمقررات الوظيفية المتعارف عليها وهى :

أ – اخصائى اجتماعى لكل ١٠٠ سرير بالمستشفيات العامة والمركزية .

ب – اخصائى اجتماعى لكل ٥٠ سرير بالمستشفيات النوعية .

جـ – اخصائى اجتماعى لكل وحدة ليس بها اسرة .

تصبح نسبة التغطية للعمل الاجتماعى بوحدات الوزارة حوالى ١٨٪ فقط .

٤– يبلغ عدد الاخصائيين الاجتماعيين بالهيئة العامة للتأمين الصحى ووحداتها ٨٥ اخصائيا اجتماعيا .

٥ – تبلغ عدد اسرة التأمين الصحى ٢٩٨١ سرير كما يبلغ عدد ووحداته الاخرى ١٢ وحدة .

٦– تبلغ نسبة التغطية للخدمات الاجتماعية بوحدات التأمين الصحى حوالى ٥٤ ٪ .

من ذلك يتبين أن قطاع الصحة فى حاجة الى مايقرب من ١٠٠٠ اخصائى اجتماعى سنويا ولمدة ٥ سنوات ليغطى العمل الاجتماعى وحدات قطاع الصحة طبقا لمعدلات الأداء السابقة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وما دار فى المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

* اعطاء أهمية خاصة لدور الخدمة الاجتماعية الطبية فى الجهود الوقائية وتخطيط البرامج الصحية وحالات الطوارىء الطبية مثل حالات انتشار الاوبئة .

* ضرورة تمثيل القواعد الجماهيرية من المستفيدين فى مجالس الهيئات الطبية الصحية بهدف تحسين وسائل الاتصال بين مقدم الخدمة الطبية وبين مستقبليها من المرضى ، بما يساعد على نشر الوعى الصحى ، والتعرف على الاجراءات والتخلص من الصعوبات والمعوقات ، والعمل على رفع مستوى أداء الخدمات الطبية .

* تشجيع الجهود التطوعية ، ودعم وتشجيع الجمعيات والهيئات الاهلية ذات النشاط الاجتماعى الصحى .

* تطوير برنامج التعليم بكليات الخدمة الاجتماعية وكليات الطب ، وذلك بادخال بعض الدراسات والعلوم الطبية بكليات الخدمة الاجتماعية وتطعيم الدراسات الطبية بقدر مناسب من العلوم الاجتماعية والنفسية .

* توفير الاعداد اللازمة من الاخصائيين الاجتماعيين عن طريق التوسع فى القبول بكليات الخدمة الاجتماعية أو إنشاء كليات جديدة .

* النظر فى أن يخول وزير الصحة سلطة تكليف الاخصائيين الاجتماعيين لفترة محددة تكفى لاستكمال الجهاز الاجتماعى بوزارة الصحة .

* الاهتمام بتدريب الاخصائيين الاجتماعيين واعداد برامج التدريب المتقدمة لهم واتاحة الفرص امامهم للاطلاع على النظم الحديثة للخدمة الاجتماعية الطبية فى الدول المتقدمة .

* مراعاة توفير احتياجات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل الوحدات الطبية من حيث المكان وتجهيزه بما يكفل سرية عمل الاخصائى الاجتماعى كذلك بالنسبة للزيارات المنزلية والميدانية والنظر فى تقرير الحوافز المناسبة .

* مراعاة ان يكون الاخصائى الاجتماعى الطبى عضوا أساسيا فى أسرة الرعاية الطبية بموجب قرارات محددة وملزمة .

* الافادة بما تنتهى اليه البحوث الاجتماعية التى يجريها الاخصائى الاجتماعى الطبى للمرضى لدى اجهزة وزارة الشئون الاجتماعية ومراكز التأهيل المهنى بها .

* التركيز فى عمل الاخصائى الاجتماعى الطبى فى المرحلة المقبلة على مجالات الصحة الوقائية وتنمية المجتمع .

* أن يكون من واجبات الاخصائى الاجتماعى استطلاع اتجاهات الرأى العام نحو خدمات الوحدة الطبية التى يعمل بها .

إستراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠

كان القرار الأول للثورة فى قطاع الدواء ، هو ذلك القرار الذى اصدرته فى عام ١٩٥٢ بتخفيض نسبة الربح التى يحصل عليها المستورد والصيدليات التى تقوم بالتوزيع الى ٤٦ ٪ وهو امر ترتب عليه تخفيض سعر البيع للجمهور بنسبة ١٥ ٪ لكل الأدوية المستوردة ، ثم توالت قراراتها بعد ذلك ، وكان من اهمها :

- إنشاء مجلس الانتاج والخدمات فى عام ١٩٥٣ ، وقد أوضح أن

مشكلة الدواء مرتبطة بالمشكلات الاقتصادية والصناعية والصحية والاجتماعية .

– تشكيل لجنة للتنسيق بين صناعة الدواء والصناعات والخدمات الأخرى المرتبطة بها عام ١٩٥٥ .

– انشاء لجنة للنهوض بصناعة الأدوية عام ١٩٥٦ .

– انشاء الهيئة العليا للأدوية عام ١٩٥٧ .

– قصر استيراد الأدوية على الهيئة العليا للأدوية ، واشراف الدولة على توزيعها عام ١٩٦٠ .

– تخفيض أسعار بيع الأدوية المستوردة وألبان الأطفال بمقدار ٢٥٪ من آخر سعر جبرى لها عام ١٩٦٠ .

– مشاركة الدولة فى رؤوس أموال مصانع الأدوية الكبرى بعد صدور القوانين الاشتراكية عام ١٩٦١ .

– انشاء المؤسسة المصرية العامة للأدوية والكيماويات والمستلزمات الطبية عام ١٩٦٢ ، وهى تجمع كل شئون الدواء تخطيطا واستيرادا وتصنيعا وتوزيعا .

والاطار العام لسياسة الدولة فى هذا القطاع هو أن الرعاية الصحية بوجه عام وتوفير الدواء – بالكمية المناسبة والجودة المطلوبة – بوجه خاص ، حق للجميع وواجب على الحكومة تلتزم به وتعمل على تحقيقه ، من خلال صناعتها المحلية التى تعمل دائما على تطويرها وتنميتها .

المبادىء التى تلتزم بها الدولة فى قطاع الدواء :

تلتزم الدولة فى قطاع الدواء بالمبادىء الآتية :

أولا : استمرار اشراف الدولة على القطاع عن طريق الأجهزة المختصة وهى التسجيل والتخطيط والاستيراد والتسعير والتصنيع والتوزيع والرقابة على الجودة .

ثانيا : استمرار تدعيم القطاع العام فى التصنيع والاستيراد والتوزيع ، والعمل على تنميته .

ثالثا : تشجيع القطاع الخاص على المساهمة فى توفير الأدوية عن طريق التصنيع المحلى أو الاستيراد ، فى اطار خطة الدولة الشاملة .

رابعا : ضمان توفير الأدوية بوجه عام ، والأدوية الحيوية والأساسية وأدوية الأمراض المزمنة بوجه خاص ، وذلك بأسعار فى متناول الجميع .

تطور الاستهلاك الظاهرى للدواء :

تزايد الاستهلاك الظاهرى للدواء فى مصر زيادة كبيرة ومستمرة منذ قيام الثورة ، فقد كان ما يستهلك منه عام ١٩٥٢ تبلغ قيمته خمسة ملايين من الجنيهات . ومع زيادة السكان ، وزيادة الوعى والخدمات الصحية ، وارتفاع دخول المواطنين بلغ عام ٦٠ / ٦١ خمسة عشر مليونا ، وارتفع عام ١٩٧٩ الى ما يقرب من ٢١٠ ملايين من الجنيهات ، أى أن الاستهلاك العام قد زاد حوالى ٤٠ ضعفا . وقد أمكن مواجهة هذا الاستهلاك المتزايد بنجاح وبأقل عبء ممكن على كل من الميزان التجارى والنقد الأجنبى ارتكازا على الصناعة المحلية بتنميتها وتدعيمها وذلك لأن :

– ماينتج محليا يوفر عادة ثلثى النقد الأجنبى الذى يدفع فى استيراده تام الصنع .

– انتاج الدواء محليا لا يعرضه للنقص نتيجة للعوامل المختلفة التى تؤثر فى عمليات الاستيراد من توفر النقد الأجنبى وصعوبات الشحن والتفريغ فى الميناء وغيرذلك .

– بانتاج الدواء محليا يمكن توفير مساحات كبيرة فى التخزين لامكان انتاجه وتوزيعه أولا بأول حسب حاجة السوق .

– عدم تخزين الدواء المحلى لمدد طويلة يجعله أقل تعرضا للعوامل التى قد تفسده او تنقص فاعليته نتيجة مصاعب التخزين او طول مدته .

وهكذا زاد الانتاج المحلى من نصف مليون جنيه لا تمثل الا ١٠ ٪ من الاستهلاك عام ١٩٥٢ الى ٢٨ ٪ عام ٦٠ / ٦١ ، الى ٨٠ ٪ عام

١٩٧٩ ووصلت هذه النسبة الى ٨٨ ٪ فى بعض السنوات السابقة .

اما من ناحية متوسط الاستهلاك الفردى فقد كان ٢٢ قرشا فقط عام ١٩٥٢ ، زاد الى ٥٨ قرشا فى عام ٦٠ / ٦١ ، وارتفع الى خمسة جنيهات فى ١٩٧٩ . وهذا المتوسط أقل من أن يواجه حاجات المواطنين طبقا لظروفنا الاجتماعية والصحية وتقدر الهيئات الدولية الحد الأدنى المناسب لاستهلاك الدواء النامية بواقع ١٢ دولار أى حوالى تسعة جنيهات .

اهداف المرحلة القادمة حتى عام ٢٠٠٠

الاستهلاك الظاهرى للدواء : (سعر البيع للجمهور) :

مع أخذ الظروف المحلية والدولية المختلفة فى الاعتبار ، من المتوقع أن يبلغ استهلاك مصر من الدواء والمستحضرات الطبية عام ٢٠٠٠ (على أساس متوسط الأسعار الحالية) مايلى :

السنة	اجمالى الاستهلاك
١٩٨٥	٣٩٠ مليون جنيه
١٩٩٠	٦١٠ مليون جنيه
١٩٩٥	٨٦٠ مليون جنيه
٢٠٠٠	١١٧٠ مليون جنيه

المتوقع كذلك أن يصل نصيب الفرد من الدواء عام ٢٠٠٠ الى ١٨ جنيه أى حوالى ٢٧ دولار .

استيراد الدواء :

من المتوقع أن تزيد قيمة الأدوية المستوردة خلال العشرين سنة القادمة لمواجهة زيادة الطلب ، ولضمان توفير الأدوية الحديثة من الأسواق العالمية ، والأصناف التى يصعب تصنيعها كما فى الصفحة التالية :

عناصر السياسة الدوائية

مما سبق ، وعلى ضوء ما يجب ان يغطيه انتاجنا المحلى من الدواء وهو نسبة ٨٠ ٪ كالحال عام ١٩٧٩ – فى حين تغطى بعض الدول كالهند واسبانيا والمكسيك أكثر من ٩٥٪ من احتياجاتها الدوائية بالانتاج المحلى – يلزم ان يرتفع الانتاج المحلى عام ٢٠٠٠ بحوالى ١٠٠٠ مليون جنيه . وأقصى طاقة للتوسع فى مصانعنا الحالية تصل بانتاجها الى ٤٠٠ مليون جنيه ، لذا يلزم انتاج ما قيمته ٦٠٠ مليون جنيه فى العشرين سنة القادمة بمعدل مصنع فى كل عام ، بطاقة انتاجية سنوية قدرها ثلاثون مليونا ، علما بأن شركة « سيد » أكبر شركات الانتاج فى مصر لم يزد انتاجها على ٢٥ مليون جنيه بعد ثلاثين عاما من بدء تشغيلها . وهذا يوضح مدى ما يواجه صناعة الدواء المحلية حتى عام ٢٠٠٠ ، الأمر الذى يتطلب سياسة دوائية واضحة الأسس مستقرة ومستمرة ضمن خطة قومية يتم وضعها بالاشتراك مع شركات الانتاج المحلى واعتمادها من المجلس الأعلى للقطاع ، ثم تترجم هذه السياسة الى عدة انشطة صناعية وتجارية وفنية تهدف كلها وبشكل متكامل الى توفير الدواء وسلامة توزيعه ووصوله الى كافة المواطنين ، تحت اشراف ومسئولية السلطات الصحية فى الدولة . ولوضع هذه السياسة يلزم دراسة عناصرها المكونة لها والتى من اهمها :

– اسلوب اختيار الأدوية اللازمة للخدمات الصحية :

من العوامل الهامة للاختيار :

× شيوع امراض معينة تحتم النظام توفير مجموعة من الادوية للوقاية منها وعلاجها .

× تكلفة الدواء بالنسبة لأهميته العلاجية .

× حجم النقد الأجنبى المتاح للاستيراد أو لشراء المواد الخام اللازمة للانتاج المحلى .

× الاضرار التى قد تنشأ عن تداول عدد كبير من الأدوية المتضاربة المفعول .

– تسجيل الأدوية :

على المستوى القومى يحتاج الأمر لتحديد نوعيات وأشكال الأدوية الأساسية اللازم توافرها ويحتاج ذلك الى بيانات واحصاءات سكانية

السنـــــة	قيمة الأدوية المستوردة
١٩٨٥	٨٠ مليـون جنيه
١٩٩٠	١٢٠ مليون جنيه
١٩٩٥	١٦٠ مليون جنيه
٢٠٠٠	٢٢٠ مليون جنيه

الانتاج المحلى :

من المتوقع أن تصل قيمة الانتاج المحلى من الأدوية ما يأتى :

(بالمليون جنيه سعر بيع المصنع)

السنة	أدوية بشرية	مستحضرات طبية	المجمـــــوع
١٩٨٥	٢٢٩	١٣	٢٤٢
١٩٩٠	٣٤٧	٣٧	٣٨٤
١٩٩٥	٤٩٠	٥٦	٥٤٦
٢٠٠٠	٦٦٠	٨٠	٧٤٠

الخامات الدوائية ومستلزمات التعبئة والتغليف :

من المتوقع أن تصل قيمة الخامات الدوائية ومستلزمات التعبئة والتغليف ما يلى :

(بالمليون جنيه)

السنة	قيمة الكيماويات	قيمة المستلزمات	قيمة الانتاج
١٩٨٥	١٠٧	٤٧	٢٣٨
١٩٩٠	١٧٠	٧٥	٣٧٨
١٩٩٥	٢٤٥	١١٠	٥٣٨
٢٠٠٠	٢٣٠	١٤٠	٧٣٠

وبوائية ومعرفة درجة انتشار الأمراض وجغرافيتها ثم تدرج تلك الأدوية فى الدليل القومى للأدوية لتكون فى متناول القائمين على الخدمات الصحيـة وحصر احتياجـات البـلاد منهـا من خـلال لجـان علمية متخصصة . والعبرة ليست بكثرة الأدوية المسجلة وانما بتوفر كل النوعيات اللازمة للوقاية والعلاج ، فالدول الاسكندنافية مثلا يتداول فيها منذ مدة طويلة أقل من ألفى دواء .

– الانتاج المحلى :

فى مجال صناعة الدواء والمستلزمات الطبية ومستلزمات التجميل الطبية :

– اكتسبت مصر خبرة كبيرة فى هذا الميدان الذى نشأ متواضعا فى أواخر الثلاثينات ، ثم خطا بدفعة قوية ، بل وفى حماية اقتصادية منذ أوائل الستينات . وكان من نتيجة ذلك توفير أكثر من ٨٨ ٪ من الاحتياجات الدوائية عام ٧٢ /٧٣ وذلك باستيراد المواد الخام وتحضير كافة الأشكال الصيدلية منها ، ثم نجحت صناعة الدواء فى محاولات تحضير المواد الخام ، وانتاج مواد التعبئة والتغليف ، علاوة على أن الانتاج المحلى من الأمصال واللقاحات يزداد كما ونوعا عاما بعد عام .

فى مجال أغذية الأطفال والألبان والأغذية الخاصة :

– اغذية وألبان الأطفال : يعانى ٤٠ ٪ من الرضع والأطفال نقص التغذية والبروتين وينعكس هذا عليهم ضعفا عاما وبطئا فى النمو ونقصا فى درجة الذكاء ، ونظرا لازدياد العاملات ونقص عدد المرضعات ، زاد عدد الاطفال الذين يتم تغذيتهم صناعيا ويتوقع أن يكون عدد الأطفال أقل من خمس سنوات عام ٢٠٠٠ حوالى ٨ مليون طفل يحتاجون الى هذه الأغذية والألبان . وتقوم الدولة الآن باستيراد ألبان الأطفال ، ومن المنتظر أن يصل الاستهلاك عام ٢٠٠٠ أكثر من ٣٠ مليون جنيه ، كما تقوم بانتاج غذاء السوبرامين حاليا بطاقة ٢,٥ مليون عبوة .

– تغذية الأطفال فى سن المدرسة : من المتوقع أن يصل عدد من هم فى سن المدرسة (بين خمس سنوات وأقل من ١٥ سنة) عام ٢٠٠٠ ما يقرب من ٣٠ مليون ، وهم فى حاجة الى حد أدنى من التغذية الاضافية بدأت الدولة بتوفيره اعتمادا على بعض معونات المنظمات الدولية .

– أغذية كبار السن والناقهين : من المتوقع ان يصل عدد المواطنين الذين يزيد عمرهم على ٦٠ عاما حوالى ٤,٥ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ ، منهم مايزيد على ١,٥ مليون أكثر من ٧٠ عاما وهم علاوة على الناقهين الأمراض فى حاجة الى أغذية خاصة غنية بالبروتين سهلة الهضم والامتصاص مقواة بالفيتامينات والأملاح .

– أغذية مرضى البول السكرى : وهؤلاء فى حاجة الى غذاء يتميز بنقص مكوناته من المواد السكرية والنشوية وتوفر المذاق المطلوب فى المربات وبدائل الحلوى . وعدد هؤلاء المرضى يرتفع مع معدل العمر وتوفير الخدمات التشخيصية والعلاجية .

– فى مجال الأدوية البيطرية : الثروة الحيوانية من أهم موارد الدخل القومى ، فهى المصدر الرئيسى للبروتين الحيوانى اللازم لغذاء المواطنين والعناية بها توفير لعنصر رئيسى من عناصر الأمن الغذائى . والعناية بها تتمثل فى تحسين أنواعها واعداد الاعلاف لها ومقاومة وعلاج أمراضها ويتم توفير الأدوية البيطرية عن طريق الاستيراد ، كما يتم انتاج بعض الأصناف محليا فى شركات فايزر وممفيس . وقد تم انشاء شركة جديدة مشتركة بين شركتى القاهرة والنصر واحدى الشركات الألمانية .

– فى مجال الخامات الدوائية : من الخامات الدوائية :

– الكيماويات الدوائية والمضادات الحيوية : بلغ الانتاج المحلى من الكيماويات الدوائية ٦ مليون جنيه وهو ما يعادل ١٠ ٪ من الاحتياجات بالرغم من مضى ١٥ سنة على بدء انتاجها فى شركة النصر .

– الكيماويات فى القطاعات الصناعية الأخرى : يقوم عدد من الشركات الصناعية بانتاج عدد كبير من الكيماويات التى تصلح لصناعة الدواء ، اما مباشرة أو بعد تنقيتها الا أن هناك ثغرة فى الاتصال بالقطاعات المنتجة للدواء .

النباتات الطبية والعطرية : وهى ثروة قومية من الناحية العلاجية والاقتصادية . وقد كانت - هناك بداية ناجحة لاستخلاص العناصر الفعالة منها ، ظهرت نتائجها منذ أكثر من ربع قرن .

- الخامات الدوائية من أصل حيوانى : تنتج شركاتنا بعض الخامات الدوائية من اصل حيوانى ، مثل : خلاصة الكبد وبعض الخلاصات الحيوية الأخرى من مخلفات الحيوان .

- الكيماويات المعملية : وتستهلك البلاد منها ما يقدر بأكثر من ٢٠ مليون جنيه تستورد أغلبها من الخارج لمعامل التحليل والتشخيص بالمدارس والجامعات .

* صناعة الآلات وقطع الغيار والآلات المعملية : من المتوقع انشاء مصانع جديدة لانتاج الأدوية المحلية ، الأمر الذى يحتاج لشركات وورش جديدة تقوم بصناعة قطع الغيار والمعدات البسيطة .

* انتاج مواد التعبئة والتغليف : تتميز هذه المواد بمواصفات لا تتعارض مع طبيعة الدواء الذى تحتويه ، كما تساعد على حفظه وثبات مكوناته وتغطى الصناعة المحلية صناعة العبوات البلاستيك ونسبة كبيرة من زجاج السوائل والانابيب والمراهم كما يتم تشكيل الأنابيب المستوردة لصناعة الأمبولات ومن المتوقع ان يتم تغطية كافة الاحتياجات منها قبل ١٩٨٥ وأن يزيد الطلب عليها خلال الفترة القادمة حتى عام ٢٠٠٠ .

* فى مجال الطعوم والأمصال : تعتبر الطعوم والأمصال أساس الطب الوقائى ، وتقوم الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات بانتاج عدد كبير منها محليا بكميات تغطى حاجة البلاد ويتم تصدير الفائض منها . وتهدف الهيئة الى التوسع فى انتاج الطعم الثنائى والثلاثى والى انتاج مصل شلل الاطفال والطعم الرباعى . ومن المقدر أن تصل قيمة الانتاج عام ٢٠٠٠ من هذه الأمصال حوالى ٧ مليون جنيه .

- سياسة التصدير :

اكتسبت الأدوية المصرية - فى خلال السنوات القليلة الماضية - سمعة طيبة فى أسواق دول المنطقة ، الا أن حجم التصدير لم يصل بعد الى الدرجة المرموقة .

- سياسة الاستيراد :

يتم استيراد الدواء تام الصنع لمواجهة زيادة الطلب ، ولضمان توفير كافة الأدوية الحديثة من الأسواق العالمية والأصناف التى يصعب تصنيعها . ومن المتوقع ان تبلغ قيمة الاستهلاك من الأدوية المستوردة عام ٢٠٠٠ حوالى ٢٢٠ مليون جنيه .

- سياسة الأسعار :

تتزايد تكاليف الانتاج الدوائى يوما بعد يوم عالميا ومحليا ، وظهر أثر ذلك على تكاليف الدواء المستورد والمنتج محليا على السواء ، وقد ساعد فى زيادة التكاليف شراء الدولة بالاسعار التشجيعية للعملات الاجنبية برغم تثبيتها لاسعار الدواء خلال العشرين عاما الماضية واستمرار الوضع على هذا الحال سوف يزيد الخسائر بالنسبة للأدوية المستوردة ، ويقلل أرباح الشركات الانتاجية تدريجيا ومن ثم فمن المتوقع ان تحقق اغلب الشركات خسائر خلال السنوات القليلة القادمة .

- الرقابة الدوائية :

الرقابة على الدواء مسئولية تتحملها الدولة لضمان جودته ومطابقته للمواصفات وسلامته وثباته وهى مراحل متعددة تبدأ من تحليل الكيماويات ومواد التعبئة والتغليف ثم اثناء مراحل الانتاج ، وبعد اتمام انتاج المستحضر ثم متابعة الثبات والفاعلية طوال حياة المستحضر . وقد اقامت المؤسسة عام ١٩٦٣ مركز الأبحاث والرقابة الدوائية للاشراف على ذلك ، وفى عام ١٩٧٤ أدمجت معامل الأدوية بالوزارة فى هذا المركز وتكونت « الهيئة القومية للابحاث والرقابة الدوائية » للإشراف على الدواء المتداول فى البلاد ، علاوة على المعامل المتخصصة فى ذلك بكل شركة انتاجية .

- الاعلام الدوائى :

تقوم الشركات المنتجة للدواء بالاعلام بأصنافها ، وتحاول كل شركة

تغطية أكبر عدد من الأطباء والصيادلة ، وهذا الاعلام يعتبر استمرارا لتعليم الطب من خلال نقل المعلومات العلمية عن الأدوية الحديثة واستعمالاتها والجرعات العلاجية وتوضيح الجديد بالنسبة للأدوية القديمة وقد اصبح توزيع العينات يمثل الجزء الرئيسى من النشاط الاعلامى ، وتضاءل النشاط العلمى الحقيقى .

– ترشيد الاستهلاك :

هناك بعض الأدوية تستعمل لعلاج الأمراض الشائعة والأمراض البسيطة ويسمح ببيعها للجمهور دون الحاجة الى وصف الطبيب بل وفى أماكن خارج الصيدليات ، وفى هذا الأمر خطورة ، لأن للدواء اثارا جانبية ، كما أن المرض البسيط قد يكون مقدمة لمرض خطير ، علاوة على أن تكرار تناول بعض الأدوية قد يسبب الادمان ، لكل ذلك فان هناك حاجة ماسة الى ترشيد الاستهلاك .

– البحوث الدوائية :

تسهم البحوث الدوائية فى اكتشاف العناصر الفعالة الجديدة ، وفى توسيع نطاق علاج الأمراض ، وهذه البحوث تكلف كثيرا . وقد تضاعفت الصعوبات امام اكتشاف دواء جديد بعد ظهور الآثار الجانبية والسمية لبعض الأدوية بعد أعوام طويلة من بدء تداولها ، الأمر الذى أجبر الشركات على ادخال عناصر جديدة فى تقويمها للدواء – منها ضمان عدم تأثيره على الأجنة والعناصر الوراثية والتواجد الحيوى – قبل الموافقة على تداوله . وهذا امر يؤخر ويزيد تكاليف الاكتشافات الجديدة . وفى مصر نجحت البحوث الدوائية فى استنباط العديد من العناصر الفعالة من النباتات وأنتجت الكثير من الأدوية التى اعترف بها العالم مثل الخلين والأمودين وغيرهما .

– التدريب ونقل التكنولوجيا والتوثيق والاحصاء .

* التدريب : للتدريب اهميته فى رفع الكفاية الانتاجية ، وخاصة فى صناعة دقيقة مثل صناعة الدواء ، فهو يوفر الخبرة والمهارة والعلم للعاملين فى القطاع كل حسب تخصصه .

* نقل التكنولوجيا : تكنولوجيا الصناعات الدوائية سريعة التطوير ، سواء فى مجال انتاج اصناف جديدة او طرق جديدة فى التصنيع او الرقابة الدوائية ، أو خفض تكاليف الانتاج وقد اكتسبت صناعة الدواء المحلية خبرة كبيرة فى مجال تصنيع المستحضرات الطبية وحققت بدايات طيبة فى تكنولوجيا صناعة الخامات . أما فى مجال البحوث الدوائية فما زال الامر يحتاج الى جهود كبيرة وتكاليف باهظة ، وفى مجال الرقابة على الجودة ما زال ينقص شركاتنا فى القطاع العام الاستفادة من أحدث الآلات والمعدات الموجودة لضبط الانتاج وتحسين نوعيته .

* مركز التوثيق الدوائى وبنك المعلومات : تتوسع الصناعات الدوائية بسرعة مذهلة وهو أمر يحتاج الى تجميع البيانات والاحصاءات العالمية عن النواحى الدوائية والانشطة المرتبطة بها ومصادر انتاج الخامات الدوائية فى أنحاء العالم وكذلك تسجيل الاحصاءات عن انتاج واستهلاك الدواء المحلى ومتابعة نشاط القطاع الدوائى دوريا .

* الاحصاءات الدوائية : وهى الأداة الرئيسية للتخطيط السليم والمتابعة الفعالة وقد قامت المؤسسة بجهود ناجحة فى تدعيم الاحصاءات الدوائية ، فكانت تعد تقارير احصائية شهرية وسنوية وربع سنوية ، واقتصر الأمر الآن على اصدار تقرير احصائى شهرى .

– التشريع والرقابة :

التشريع الدوائى هو خطوة اساسية لتطبيق السياسة الدوائية للبلاد لأن القانون هو الذى يعطى الحكومة السلطة والمسئولية للرقابة على الانتاج والاستيراد ودفع عجلة البحوث والتنمية فى ميدان الدواء .

التوصيات

على ضوء ما سبق يوصى بمايلى :

* مبادىء أساسية :

– استمرار اشراف الدولة على وضع وتنفيذ السياسة الدوائية عن طريق الأجهزة المختلفة وهى : التسجيل – التخطيط – الاستيراد –

التسعير – التصنيع – التوزيع – الرقابة على الجودة . على أن تظل مسئولية كل شئون الدواء فى جهاز واحد .

– تدعيم القطاع العام فى التصنيع والاستيراد والتوزيع ، والعمل على تنميته بما يحقق له القدرة على توفير الدواء ، وخصوصا الاصناف الحيوية والأساسية ، وأدوية الأمراض المزمنة بكميات مناسبة ، وبأسعار فى متناول جميع المواطنين .

– تشجيع القطاع الخاص على المساهمة فى توفير الدواء – بما فى ذلك التصنيع – فى اطار خطة الدولة الشاملة على ضوء قرارات منظمة وضوابط توضع فى هذا الخصوص .

* تسجيل الدواء وضوابط تسجيل الأدوية وتداولها بما يضمن فاعليتها وحسن اختيارها وملاءمتها للحاجة الفعلية للبلاد مع ضرورة النص على اعادة التسجيل كل خمس سنوات .

* الانتاج المحلى :

– السماح لرأس المال الخاص المصرى بالمشاركة فى انشاء مشروعات لانتاج المستحضرات الصيدلية والكيماويات اللازمة لها ، وذلك فى ضوء زيادة معدلات الاستهلاك التى من المقدر ان تتضاعف أكثر من خمس مرات حتى عام ٢٠٠٠ وعدم امكان قيام القطاع العام بانتاج ما يكفى هذا القدر من الاستهلاك ، على أن يكون المشروع ممثلا لاحتياجات البلاد ومحققا اضافة تكنولوجية .

– السماح لرأس المال الأجنبى بالمساهمة فى مشروعات انتاج الكيماويات الدوائية ومستلزمات الانتاج ، على أن يكون التصريح مشروطا بما يلى :

• اعطاء الأولوية للمشروعات التى تقوم بانتاج الخامات الأساسية التى تدخل فى انتاج المستحضرات الصيدلية .

• اقتصار المشاركة الأجنبية فى رأس المال – ان كانت ضرورية – على أقل من ٥٠٪ ، وأن يكون ذلك فى غير الصناعة الدوائية التشكيلية .

• عدم وجود بدائل محلية بنفس الجودة للمستحضرات التى ينتجها المشروع ، وأن تكون هذه المستحضرات مكملة لاحتياجات الاستهلاك المحلى .

• ألا تكون المستحضرات التى ينتجها المشروع من تلك التى تنتج بعقود تصنيع مع شركات محلية .

• التزام المشروع باستخدام الخامات ومواد التعبئة والتغليف المطابقة للمواصفات العالمية .

– تغطية الانتاج المحلى لنسبة لا تقل عن ٨٠٪ من استهلاك البلاد .

* الخامات الدوائية :

– الاهتمام بصناعة الكيماويات الدوائية على زيادة انتاجها كما ونوعا من ١٠٪ الى ٥٠٪ من جملة الاستهلاك .

– معالجة قصور الاتصال بين القطاعات الصناعية فى الدولة ، لتوافر بعض أصناف الكيماويات التى تصنع أو يمكن صناعتها فى قطاعات أخرى بغرض الافادة الكاملة منها .

– الاهتمام بالنباتات الطبية والعطرية واستخلاص العناصر الفعالة منها واعتبارها ثروة قومية من الناحية العلاجية والاقتصادية ، وانشاء شركة متخصصة فى هذا الحقل بهدف تغطية كل المراحل اللازمة من الاستزراع ثم الاستخلاص والتسويق الداخلى والخارجى .

– الاهتمام بصناعة الخامات ذات الأصل الحيوانى ، وانشاء شركة متخصصة أو أكثر تكون مسئولة عن الاستفادة من النباتات الطبية ، والخامات ذات الأصل الحيوانى .

– حصر الاحتياجات الفعلية للبلاد من الكيماويات المعملية ، واعداد خطة لتوفيرها وتطوير انتاجها .

* الأدوية البيطرية :

– العمل على توفير الأدوية البيطرية سواء عن طريق الاستيراد أو الانتاج المحلى وذلك بتدعيم الشركات التى تقوم بانتاج الأدوية البيطرية .

– انشاء شركة متخصصة للأدوية البيطرية باضافات الاعلاف الحديثة .

– الاهتمام بانتاج الأمصال واللقاحات البيطرية .

* المستلزمات الطبية :

العمل على انتاجها محليا على أن تخضع فى مراحل الانتاج لذات الشروط الخاصة بانتاج الدواء .

* صناعة الآلات وقطع الغيار :

– تحديد الشركات والورش التى تقوم بتصنيع هذه النوعيات ، ومعرفة امكاناتها ، واعطاء أولوية للتصنيع المحلى بالنسبة لقطع الغيار والمعدات البسيطة .

– إعداد خطة زمنية للتوسع الرأسى والافقى فى هذه الصناعة لمواجهة احتياجات صناعة الدواء فى الاحلال والتوسع يتم فى نطاقها اقامة مصانع جديدة .

* انتاج الأمصال والطعوم :

– اعطاء الأولوية المطلقة لتوفير الطعوم والأمصال ، وتنظيم الحملات الخاصة بهما .

– التوسع فى انتاج كميات كافية للاستهلاك المحلى ، وتصدير الفائض الى دول العالم الثالث ، لما فى ذلك من أثر انسانى كبير .

– تنظيم عمليات التخزين والتوزيع بما يضمن فاعلية المستحضر ، ووصوله الى المريض بالفاعلية المطلوبة .

* أغذية وألبان الأطفال :

– الاهتمام بتغذية الرضع والأطفال ، وخصوصا من الغذاء البروتينى .

– تشجيع الأمهات على ارضاع الأطفال .

– تشجيع البحث العلمى التطبيقى فى مجال أغذية الأطفال من الخامات المحلية .

– العمل على قيام مصنع أو أكثر لتعبئة ألبان الأطفال فى اطار اقتصادى سليم .

– التوسع فى صناعة أغذية الأطفال مثل السوبرامين سواء عن طريق زيادة الوحدات الانتاجية أو تكرارها ، وسواء فى نطاق قطاع الدواء ، أو قطاع الصناعات الغذائية .

– الاهتمام بالثقافة الغذائية فى برامج تعليم الفتيات بوسائل الاعلام المختلفة

* التصدير :

– الاستفادة من أعضاء المهن الطبية من المصريين الذين يعملون فى المنطقة العربية والافريقية للمساهمة فى تشجيع تصدير الدواء المصرى وفتح الأسواق امامه .

– إعداد الدراسات اللازمة لاقامة مشروعات مشتركة مع هذه الدول بحيث تقوم مصر بدورها الحضارى فى المنطقة العربية والافريقية .

* الاستيراد :

– تركيز الاستيراد بصفة رئاسية على القطاع العام تحقيقا لمبدأ توفير الدواء بالسعر المناسب والفاعلية المطلوبة .

– اسهام القطاع الخاص بالمشاركة فى توفير جانب من احتياجات البلاد فى اطار الخطة القومية التى تضعها الدولة ، بما يضمن توفير كافة احتياجات العلاج .

* سياسة الأسعار :

– الالتزام بتوفير الأدوية – وخاصة الحيوية – بسعر مناسب للجماهير – تحقيقا لسياسة الدولة التى تكفل توفير أسياسات العلاج للمواطنين .

– توفير الدعم اللازم لقطاع الدواء حتى يتمكن من تحقيق هذا الهدف بشرط ألا يكون خفض الأسعار الجمهور على حساب الاحتياجات الأساسية للصناعة الدوائية التى يجب أن يتوفر لها ما يلزم لحسن الرقابة والبحث والتطوير والتجديد والتوسع والصيانة .

* الرقابة الدوائية لضمان الفاعلية والأمان وجودة الانتاج :

تدعيم الهيئة القومية للرقابة والأبحاث الدوائية ، بما يوفر لها الامكانات الآلية والبشرية وضمان الاستخدام الأمثل لهذه الطاقات .

* الابحاث الدوائية :

– الاهتمام بالأبحاث الدوائية فى مجال تحسين الانتاج .

– العمل على ابتكار أصناف جديدة وخاصة من النباتات الطبية .

– الانفتاح على التكنولوجيا الحديثة والاستفادة منها ، وتطويرها بما يناسب الامكانات المتاحة .

* الاعلام الدوائى وترشيد الاستهلاك :

– الاهتمام بترشيد استهلاك الدواء واصدار التشريع اللازم بتنظيم صرفه حفاظا على صحة المواطنين .

– التعاون مع أعضاء المهن الطبية وأجهزة وزارة الصحة فى توعية الطبيب والصيدلى والجمهور بخطورة الاسراف فى استعمال الدواء .

– شمول التعليم الطبى على اقتصاديات العلاج والدواء .

– تدعيم علاقة قطاع الدواء بكليات الطب والصيدلة .

– تشجيع الانفتاح العلمى على العالم والمشاركة فى المؤتمرات العالمية ، والمعارض الدولية .

* التشريع والرقابة :

– اعادة النظر فى التشريعات القائمة واعادة النظر فيما لا يتفق والظروف الموضوعية للبلاد ولمهنتى الصيدلة والطب .

– تشكيل لجنة من أعضاء المهن الطبية ووزارة الصحة ووزارة العدل لمراجعة القوانين واللوائح التى لها علاقة بقطاع الدواء لتطويرها بما يضمن الحفاظ على صحة المواطنين .

استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠

اكتسبت خدمات نقل الدم أهمية بالغة منذ الحرب العالمية الأولى ، وأصبحت مأمونة بعد ذلك بعد أن تم اكتشاف كافة فصائل الدم الأصلية والأنواع الفرعية والكثير من التفاعلات التى قد تحدث نتيجة نقل الدم .

وتزداد احتياجات الأمم للدم كلما ازدادت الخدمات الصحية وتطورت ، كما تتسم هذه الخدمة بصفة الاستعجال فى أغلب الأحوال .

على انه من الصعب تقدير احتياجات مصر من الدم ومشتقاته بوجه علمى قاطع ، كما يصعب ايضا حساب الدم المتوفر حاليا وذلك بسبب عدم توفر البيانات والاحصاءات الدقيقة .

المستهدف عالميا فى السنوات القادمة :

فى مؤتمر خدمات نقل الدم سنة ١٩٧٩ قدر الخبراء حجم الاحتياجات الضرورية من الدم للدول المتقدمة بمقدار ٥٠ وحدة دم / ١٠٠٠ من السكان / سنة (وحدة الدم ٥٠٠ سنتميتر مكعب) وقد اصبحت دول أوربا الغربية والولايات المتحدة قريبة من الوصول لهذا المستهدف ، وتجاوزته سويسرا فعلا حيث وصلت سنة ١٩٧٩ الى ٧٠ وحدة / ١٠٠٠ من السكان / سنة) .

وستزداد الاحتياجات للدم عام بعد عام بزيادة الخدمة الصحية كما وكيفا وبزيادة عدد حوادث السيارات وعدم مرضى الهيموفيليا .

ومن هنا تتضح أهمية التخطيط العلمى السليم لهذه الخدمة فى مصـــر .

مفهوم خدمات نقل الدم :

تعنى خدمات نقل الدم أساسا بتوفير الدم ومشتقاته بالمواصفات العالمية فى الوقت المناسب ، وبالاضافة الى ذلك تعنى أيضا بالآتى :

– مشاركة الطبيب المتخصص فى نقل الدم للطبيب المعالج فى اختيار العنصر المناسب لكل مريض ، بهدف التوفير فى الدم وعناصره ولحماية المريض كذلك .

– الكشف عن الفصائل النادرة والاجسام المناعية فى الدم .

– تبويب او تنويع الانسجة وما يتصل بنقل الاعضاء مناعيا ، مثل : نقل القلب او الكلية – نقل النخاع والجلد .

– كل ما يتعلق بأمــراض الدم ، مثل الهيموفيليا – السرطان الدموى – الأنيميا واصبح علاج هذه الأمراض مسئوليـة طبيب نقل الدم .

– كل التحاليل المعملية المتقدمة جدا والمتعلقة بالدم من حيث صلاحيته ومواصفات المشتقات والأمصال واختبارات الجودة .

– البت فى مشكلات البنوة واثبات النسب وما يتصــل بذلك من تحاليل .

المجالات التى تشملها الخدمات المتكاملة لنقل الدم :

– خدمات نقل الدم ليست مقصورة على الفئات الطبية فحسب ، اذ ان فصل ٥٢ عنصرا – حتى الآن – من عناصر الدم ومواصفات كل منها ومكوناته وصلاحيته وعقامته جعل هذه الخدمة مجالا للتكنولوجيا الحديثة والكيمياء والصيدلة ، وعلم الجراثيم والمناعة وعلم الوراثة والزراعات التجريبية .

– تصنيع أجهزة الأخذ والاعطاء وأكياس الدم والزجاجيات اللازمة لتعبئة المشتقات المختلفة وتحضير السوائل المعوضة .

– إعداد كوادر فنية مدربة فى حفظ وتخزين الدم والمشتقات والتبريد والصيانة .

– توفير الأمصال المبوبة ، ليس فقط للفصائل الأربعة الرئيسية ، بل أيضا للمكونات المختلفة لعنصر (ص) RH والفصائل النادرة .

ومن أجل توفير خدمات نقل دم متكاملة ، وضعت كل دولة النظام المناسب لظروفها وصولا الى الأهداف المنشودة ، باعتبار ان هذه الخدمة على رأس قائمة الأولويات فى الخدمة الصحية لأى دولة وصلت فيها الخدمة الجراحية الى المستوى الذى يسمح باجراء العمليات الكبرى ، مثل عمليات القلب المفتوح – زراعة الكلى فمثلا :

– فى الولايات المتحدة الامريكية : اصدر الرئيس الأمريكى سنة ١٩٧٣ قرارا بانشاء الهيئة الأمريكية لبنوك الدم .

وتتولى هذه الهيئة حاليا كل ما يتصل بهذه الخدمة فى مجالات البحوث والتدريب والتطوير والمؤتمرات وغيرها ، وتقوم بجمع ٦٠٪ من الدم المتحصل فى الولايات المتحدة الأمريكية ويقوم الصليب الأحمر بجمع ٤٠٪ منه .

ودستور هذين الجهازين هو جمع الدم مجانا وصرفه بسعر التكلفة فقط .

– فى جمهورية ايرلندا : تم تشكيل لجنة لخدمات نقل الدم سنة ١٩٦٢ .

واتخذت لها مقرا فى قصر بليكان – وهو أكبر بنك دم فى دبلن – ويعتبر أحد معالم دبلن الرئيسية .

– فى هولندا : تقوم بهذه الخدمة هيئة الصليب الأحمر الهولندى .

– فى إيران : تأسست الهيئة القومية الايرانية لخدمات نقل الدم سنة ١٩٧٢ ، وتختص بتوفير الدم وتدريب العاملين وتحضير المشتقات ، وتخطيط الخدمة على المستوى القومى .

– أما فى مصر : فمن المقترح انشاء هيئة قومية لخدمات نقل الدم كهيئة غير ربحية مستقلة بلوائحها الداخلية ونظامها المالى ، وتتلقى تمويلها من الموازنة العامة للدولة ومن موادر بيع منتجاتها .

الوضع الحالى فى مصر :

صدر فى سنة ١٩٦١ قرار جمهورى بقانون بانشاء مجلس مراقبة عمليات الدم وتنظيم هذه الخدمة والهيكل التنظيمى لها .

الهيكل التنظيمى لبنوك الدم :

لا يوجد هيكل تنظيمى واحد ينظم وينسق الجهود ، ويخطط لتطوير هذه الخدمة على أسس واضحة وأهداف محددة ، اذ توجد بنوك دم حكومية وأخرى أهلية :

البنوك الحكومية وتنقسم الى أربعة مستويات :

المستوى الأول بنوك الدم المركزية وعددها خمسة :

فى القاهرة	بنك دم القوات المسلحة
	بنك دم العجوزة المركزى
	بنك دم الهلال المركزى
فى الاسكندرية	بنك دم الشاطبى الجامعى
	بنك دم الاسعاف

المستوى الثانى بنوك دم رئيسية وعددها ثلاثون :

وتتواجد بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الرئيسية بعواصم المحافظات .

المستوى الثالث بنوك الدم الفرعية وعددها ستة وأربعون :

وتوجد بالمستشفيات الصغيرة بعواصم المحافظات ومستشفيات المراكز ، وهذه البنوك تخضع لتوجيه واشراف بنوك الدم الرئيسية ، وتستمد رصيدها غالبا من بنوك الدم المركزية والرئيسية .

المستوى الرابع مراكز تخزين وعددها ١٠٩ مركزا .

وتوجد فى المستشفيات الصغيرة ، أو فى المستشفيات التى لا توجد فيها بنوك دم من المستوى الأعلى ووظيفتها حفظ كميات دم من فصائل مختلفة للتعامل مع المصابين فى أى حادث لحين نقلهم الى مستشفى أكبر .

ويلاحظ من هذا ان مصر لا يتوفر فيها بنك دم قومى مرجعى ولا معمل مرجعى لأبحاث الدم معترف به عالميا .

كذلك فان جميع البنوك المركزية الرئيسية هى مجرد غرف داخل المستشفيات لا تتوفر فيها المواصفات والاشتراطات التى وضعتها الهيئات الصحية العالمية .

البنوك الأهلية أو الخاصة ويمتلكها أفراد ، وعددها خمسة – كلها فى القاهرة :

ولا يتوفر فى معظمها الشروط والمواصفات الأساسية كبنوك للدم . كما أن الدم الذى تبيعه للمواطنين تحصل عليه من مواطنين يحترفون بيع دمائهم ، ولذلك فهو يفتقر – غالبا – الى أدنى المواصفات العالمية ، وغالبا ما يكون مصدرا لنقل فيروس الالتهاب الكبدى الوبائى الى المواطنين .

الدم المتاح فى مصر حاليا :

يتراوح المتاح حاليا من الدم ما بين ٤ ، ٦ وحدات دم / ١٠٠٠ من السكان / سنة وهذا يوضح نقصا شديدا فى الدم إذا علمنا انه قد وصل فى معظم الدول الأوربية الى ٤٠ وحدة / ١٠٠٠ من السكان / سنة .

الكوادر المخصصة حاليا فى مصر :

لا توجد تخصصات عالية كافية تعمل فى الخدمة – بينما فى ايران مثلا تم إعداد الكوادر الآتية ما بين سنة ١٩٧٣ – السنة التى تم فيها تأسيس الهيئة الايرانية القومية لنقل الدم – وسنة ١٩٧٨ :

١٥ حصلوا على دكتوراه أو ما يعادلها .

١٠ أوفدوا الى أمريكا وانجلترا للحصول على الدكتوراه .

١٥ مساعد باحث .

يوجد نوعان للتبرع بالدم :

الأول : التبرع الشرقى أو المجانى الذى يتوجه بمقتضاه المواطن لاعطاء دمه مجانا بدافع الاحساس بالمسئولية والواجب .

الثانى : التبرع المدفوع الأجر أو بمقتضى تشريع .

وقد اصبح من الدستور العالمى الاستغناء عن أى تبرع مدفوع الأجر

وكذلك عن أى تبرع اجبارى (بمقتضى تشريع) .

وقد اجتمعت لجنة من بعض خبراء نقل الدم فى مصر فى أكتوبر سنة ١٩٨٠ بوزارة الصحة ووضعت مبادئ لخدمات نقل الدم فى مصر تتلخص فيما يلى :

- قومية الدم : أى أن الدم المتاح فى أى بنك دم يصرف لأى مريض يحتاجه فى أى مكان فى الجمهورية .

- مجانية التبرع : بذل كل الجهود لزيادة عدد المتبرعين الشرفيين والشعار هو « إلعطاء من أجل البقاء - تبرع بدمك تنقذ حياة » .

- تشغيل مركز مشتقات الدم بالعجوزة هو مسئولية بنوك الدم فى أى مكان بالجمهورية بصرف النظر عن تبعيتها .

- توحيد الحوافز بين بنوك الدم حتى لا يتسبب التنافس بينها فى خلق المزايدات .

- صحة المتبرع والعناية به هدف أهم من هدف الحصول على الدم منـــه .

- اشعار المتبرع الشرفى بأهمية عطائه للدم والترحيب به .

- نبذ فكرة سن تشريعات لاجبار أى مواطن على التبرع بدمه ، لأن فى ذلك أهدارا للحقوق الأساسية للانسان المصرى وحريته فى عطاء نسيج من جسمه . وقد تأيد ذلك فى مناقشات مجلس الشعب فى دورته الثامنة والثلاثين حيث رفض المجلس مقترحات لجنة الشئون الصحية والبيئة فى هذا الخصوص .

- تتولى الهيئة القومية لخدمات نقل الدم (المقترحة) اصدار التشريعات المنظمة لمسئولية الأطباء القائمين على خدمات نقل الدم ووضع الشروط الضرورية الواجب توافرها فى المتبرع ، والمسئولية الفنية نحو تركيب الدم للمريض وغير ذلك .

استراتيجية تطوير خدمات نقل الدم فى مصر حتى عام ٢٠٠٠

على ضوء ما تقدم يقترح المجلس انشاء جهاز متكامل يعنى بتطوير وتنظيم هذه الخدمة ويسمى الهيئة القومية لخدمات نقل الدم .

الهيئة القومية لخدمات نقل الدم :

واجبات الهيئة :

- وضع خطط لتنظيم عمليات جمع الدم وتخزينه وصرفه بمواصفات قياسية للدم ومشتقاته .

- تنسيق الجهود الأهلية والحكومية فى مجال خدمات نقل الدم بما يحقق زيادة الرصيد منه ومن مشتقاته .

- تطوير بنوك الدم الحالية وانشاء بنوك اقليمية ومركز بحوث واختبارات الدم .

- إعداد الكوادر الفنية المتخصصة اللازمة لمصر حتى عام ٢٠٠٠ .

- الوصول برصيد الدم الى المستوى العالمى وهو ٥٠ وحدة / ١٠٠٠ من السكان سنويا .

يكون لهذه الهيئة مجلس ادارة وتتبعها الأجهزة الآتية :

جهاز التطوع المجانى بالدم :

يختص هذا الجهاز بخلق الوعى التطوعى المجانى للتبرع بالدم ، وكل ما من شأنه زيادة حصيلة الدم وتوفيره للمواطنين عن طريق وضع البرامج الاعلامية للتبرع بالدم على المستوى القومى والمحلى .

- متابعة تنفيذ الخطط الاعلامية وتقييمها وتطويرها .

فرقة الرصد المركزى والاحصاء :

وتختص بما يلى :

- تسجيل المتطوعين وفصائلهم فى سجلات خاصة على مستوى المحافظات بحيث يمكن استدعاؤهم عند الضرورة .

- انشاء سجل قومى للمواطنين ذوى الفصائل النادرة بحيث يمكن تدبير الدم لهم عند حاجتهم اليه أو استدعائهم عند حاجة الآخرين الى دمهم .

- تسجيل وحدات الدم المتوفرة فى القاهرة الكبرى وفصائله ، بحيث يتم توجيه الجهة الطالبة الى حيث يتوفر الدم بالفصائل والكميات المناسبة .

على أن يتم انشاء غرف رصد صغيرة فى الاسكندرية وبنوك الدم الاقليمية على مراحل ، وأن يتم ربط غرفة الرصد المركزى على شبكة اللاسلكى الخاصة بالخدمات الصحية العاجلة وتسجيل وحدات الدم والفصائل النادرة على لوحة بسيطة تخدم جميع المستشفيات وبنوك الدم فى الاقليم كله .

* جهاز توفير الدم والبلازما – جهاز بنكية الدم :

وهذا الجهاز هو شبكة بنوك الدم المختلفة بمستوياتها الأربعة وبنوك الدم الاقليمية المقترحة ، والمركز القومى للبحوث واختبارات الدم .

وهذا الجهاز يتولى جمع الدم من المتبرعين وتخزينه وصرفه وتسجيل وحدات الدم كما يتولى تخزين أو انتاج بعض المشتقات .

ويتبع هذا الجهاز مباشرة ويعاونه المركز القومى لبحوث واختبارات الدم ، وبنوك الدم الاقليمية وبنوك الدم الموجودة حاليا . وفيما يلى تعريف بكل من المركز القومى لبحوث واختبارات الدم وبنوك الدم الاقليمية المقترحة :

المركز القومى لبحوث واختبارات الدم :

لقد اصبح انشاء هذا المركز ضرورة عاجلة وملحة لكى يتم تطوير خدمات نقل الدم فى مصر وربطها بالهيئات الصحية العالمية وتحسين هذه الخدمة لتصبح على المستوى العالمى المرموق .

ويكون من أهم واجباته .

– الرقابة والتفتيش واختبارات الجودة .

– التدريب المتقدم للأطباء والفنيين والمرضات ، وعقد الندوات والمؤتمرات وربط مصر بالهيئات الدولية الصحية فى مجال خدمات نقل الدم .

– اجراء البحوث التطبيقية فى مجال المناعة وتبويب الأنسجة وزراعة الأعضاء والوراثة ومشكلات البنوة وغيرها .

– حل المشكلات وتذليل الصعوبات الفنية التى تعترض بنوك الدم والأطباء فى هذا المجال .

– القيام بأعمال بنك دم قومى ومعمل مرجعى لبنوك الدم الأخرى .

– أن يكون مقرا لوحدة دم مجمد وخاصة من الفصائل النادرة .

بنوك الدم الاقليمية :

أصبح انشاء هذه البنوك فى مصر ضرورة ملحة وعاجلة ، وهى موجودة فى أوربا منذ سنوات عديدة . وهذه البنوك هى التى تتولى امداد جميع المستشفيات – سواء كانت جامعية أو تابعة لوزارة الصحة ، أو تأمين صحى ، أو خاصة – بالدم والمشتقات ، كما أنها تتولى تنسيق حملات الادماء وحركة الدم فى المنطقة المسئولة عنها .

ويخدم كل بنك دم اقليمى منطقة محددة له من مدينة كبيرة أو مجموعة محافظات متجاورة .

ويكون من أهم واجباته :

– الاشراف على مراكز الدم وامدادها بالأمصال والمحاليل وغيرها .

– عمل الدعاية المباشرة والتوعية المحلية للحث على التبرع بالدم .

– عمل مراكز اسعاف سريع لمرضى الهيموفيليا وأمراض النزيف عموما .

– تحضير مايسمى « مشتقات الخط الأول » التى تتميز بسهولة تحضيرها وبساطة التجهيز اللازم لها ، وهذه المشتقات – غالبا – يتم تحضيرها عند الطلب من المستشفيات المجاورة .

ويلزم مصر بناء وتجهيز عشرة بنوك دم اقليمية موزعة على أساس جغرافى طبقا لتعداد السكان فى المنطقة أو المحافظة . ويمكن ان يكون توزيعها جغرافيا بما يسمح بالاستفادة من كليات الطب الاقليمية المتوافرة فى هذه المناطق .

المركز القومى للمشتقات والمحاليل :

يوجد مركز للمشتقات بالعجوزة يتمتع بكفاءة عالية ، الا أن البلازما المتوفرة له لا تكفى لتشغيله بكل طاقته .

مصنع المستلزمات البلاستيك :

أوصت الهيئات الصحية العالمية بضرورة انشاء مثل هذا المصنع

لتكامل خدمات نقل الدم فى أى دولة يزيد عدد سكانها عن عشرة ملايين ، على أساس أن عدم توافر اكياس الدم مثلا فى وقت السلم أو الحرب ينتج عنه نتائج خطيرة ، وهى توقف عمليات نقل الدم .

ويقوم بانتاج أكياس الدم (القرب) بكافة أنواعها وكذلك اجهزة نقل الدم والحقن البلاستيك وغيرها .

ويمكن دعم وتطوير خط انتاج هذه المستلزمات المتوافرة حاليا بشركة النصر للكيماويات الدوائية ليغطى نصف احتياجات مصر من القرب المفردة فقط حتى سنة ٢٠٠٠ ، على أن ينشأ مصنع جديده على أحدث المواصفات العالمية يتخصص فقط فى انتاج هذه المستلزمات وانواع القرب المختلفة ، اذ ستكون تكاليف احتياجات مصر فى بنوك الدم من هذه المستلزمات سنة ٢٠٠٠ حوالى ٦.٣٠٠.٠٠٠ جنيه بسعر السوق الحالى ، على أساس ٣٠ وحدة دم / ١٠٠٠ من السكان ، وهو ما نطمع فى الوصول اليه سنة ٢٠٠٠ (سعر القربة وجهاز الأخذ والعطاء حاليا ٣ جنيه ، وعلى اساس ان تعداد سكان مصر عام ٢٠٠٠ هو ٧٠ مليون نسمة) .

التشكيل النمطى لفريق أدماء لفصد ١٠٠ وحدة دم :

يتكون الفريق من الأفراد الآتية :

عدد

١ طبيب اخصائى : رئيسا للحملة .

١ مثقف صحى

علاقات عامة للحث على التبرع والاقناع والاتصالات العامة .

٢ طبيب عام للكشف على المتبرعين .

٢ فنى معمل

٤ ممرضة

٢ كاتـــب

٢ عامـــل

١ سائـــق

التجهيزات لحملة الادماء :

عدد

١ سيارة لنقل أفراد الحملة

١ سيارة ثلاجة دم

٢٠ صندوق عازل

٤ سراير نقالى

٢ اسطوانه اكسجين

تمويل الهيئة :

تكوين الهيئة مؤسسة اقتصادية غير ربحية ولها ميزانيتها المستقلة ، وتستمد مواردها المالية من :

– الموازنة العامة للدولة .

– الهبات والتبرعات من الأفراد أو الشركات ، سواء كانت هبات ماليـة أو تجهيـزات ، وبخاصـة من الهيئـات الصحيـة العالميـة .

– حصيلة بيع الدم ومشتقاته بسعر التكلفة للمرضى غير المجانيين (مرضى العلاج الاقتصادى المؤسسة العلاجية – التأمين الصحى – المستشفيات الخاصة) .

– حصيلة بيع البلازما وبدائلها والسوائل المعوضة .

– حصيلة بيع أكياس الدم والحقن البلاستيك وأجهزة الاعطاء وغيرها .

التنفيذ المرحلى :

يتم التنفيذ على مراحل بأسرع ما يمكن ، على ألا يتجاوز التنفيذ الكلى العشرين سنة القادمة .

المرحلة الأولى :

– انشاء المركز القومى لبحوث واختبارات الدم فى القاهرة ، ويمكن

تجهيزه من معونات وهبات هيئة الصحة العالمية والصليب الأحمر الدولى وبرنامج المعونات الأمريكية وتبرعات الأهالى والمستشفيات الخاصة .

علما بأن الهيئات الدولية مستعدة للمساهمة ، وسبق لها تجهيز بنوك دم فى كينيا وساحل العاج وليبيا .

– انشاء غرفة الرصد المركزى والاحصاء للقاهرة الكبرى ، ويمكن أن يكون مقرها فى المركز القومى لبحوث الدم .

انشاء مصنع المستلزمات البلاستيك .

المرحلة الثانية :

– تطوير وتوسيع مركز تحضير المشتقات بالعجوزة .

– بناء وتجهيز بنوك الدم الاقليمية العشرة المقترحة بمعدل واحد كل سنة .

– يمكن التمويل والتجهيز من مصادر التمويل العالمية وشركات انتاج وبيع الأجهزة .

التوصيات

على ضوء هذه الدراسة يوصى المجلس بما يلى :

* انشاء الهيئة القومية لخدمات نقل الدم . اذ ان انشاءها أصبح ضرورة قومية لزيادة رصيد الدم ، وتنسيق الجهود بما يكفل رفع مستوى الأداء وتحسين مواصفات الدم والمشتقات .

* انشاء المركز القومى لبحوث واختبارات الدم ، على أن يختص بالرقابة والتفتيش ووضع المواصفات لمشتقات الدم ومكوناته ، كما يناط به أغراض التدريب والبحوث الميدانية والوظيفية ويستلزم انشاء مبنى حديث طبقا للمستوى النمطى الموضوع بمعرفة هيئة الصحة العالمية .

* انشاء عشرة بنوك دم اقليمية على مدى السنوات العشرين القادمة ، على أن يتم اقامة المبانى اللازمة لها طبقا للمواصفات الموضوعة بمعرفة هيئة الصحة العالمية .

* انشاء معهد خاص للفنيين العاملين فى خدمات نقل الدم والهيماتولجى والمناعة وعلم الخلايا ، أسوة بمثيله فى الدول الأخرى ، وكأجراء مرحلى تخصص شعبة فى المعهد الصحى لهذا التخصص .

* إعداد الكوادر المؤهلة للعمل فى خدمات نقل الدم من الأطباء بالاعداد التالية (حتى سنة ٢٠٠٠) :

عدد

٨٠ حاصلين على الدكتوراه أو ما يعادلها .

٢٠٠ حاصلين على الماجستير أو ما يعادلها .

مع ترغيب الأطباء للعمل فى مجال خدمات نقل الدم .

* انشاء مصنع لمستلزمات البلاستك المستخدمة فى خدمات نقل الدم (الحقن – أكياس الدم – أجهزة الأخذ والاعطاء) .

* تطوير المركز القومى للمشتقات بالعجوزة ، بما يسمح بتحضير المشتقات ومكونات الدم التى لا يقوم بتحضيرها حاليا ، مع وضع نظام للرقابة واختبارات الجودة والصلاحية لمنتجاته .

* الوصول بالمتحصل من الدم من المتبرعين الشرفيين الى ٣٠ وحدة دم لكل ١٠٠٠ من السكان على الأقل حتى سنة ٢٠٠٠ (المعدل الحالى فى الدول الأوربية) مع الاستغناء التدريجى عن المتبرعين المحترفين ونزلاء السجون .

مع غرس الوعى التطوعى بالدم وارساء قيم الايثار والتكافل فى هذا المضمار كقيمة حضارية وأخلاقية ، والاهتمام بالانتقال الى التجمعات الشبابية ، فى الجامعات والمعاهد العليا والمدارس الثانوية ، والتجمعات النقابية الأمر الذى يزيد من المشاركة التطوعية باعتبارها عملا انسانيا وخدمة قومية .

إستراتيجية البحوث الصحية حتى عام ٢٠٠٠

البحث العلمى والتكنولوجيا فى مجال الصحة هما وسيلة المجتمع للاستفادة من قدراته واستخدامها سلاحا فعالا لحل مشكلاته الصحية وتقوم سياسة اجهزة البحوث الصحية فى مصر على الأسس الآتية :

– تجميع جهود العلماء والباحثين ورجال التكنولوجيا لوضع خطة للبحوث الصحية انطلاقا من مشكلات التنمية الصحية وخططها .

– تهيئة المناخ العلمى لنمو البحث بانواعه المختلفة ويدخل فى هذا الاطار حل مشكلات الباحثين الخاصة والعامة ومشكلات الاعداد والتجهيز لتمكينهم من اداء المهمة المنوطة بهم فى يسر ، والقضاء على المعوقات .

– تنسيق البحوث الصحية والربط بينها ، وايجاد وحدة فكره بين الباحثين وابراز اهمية تكامل النظرة العلمية بين النواحى الاجتماعية والانسانية والطبيعية ، وتبدو هنا أهمية التوثيق والنشر العلمى واتاحة المعلومات والتسجيل والمكتبات العلمية .

– الاستفادة من التكنولوجيا الصحية المتقدمة فى حل المشكلات ، ووضع أسلوب اختيار التكنولوجيا المناسبة والأكثر ملاءمة لظروف البلاد والعمل على تجنب الآثار الجانبية لنقل التكنولوجيا من الدول المتقدمة الى النامية ، والإصرار على تنمية القدرات المحلية والمهارات الوطنية من خلال هذا النقل .وفى كل هذا يكون تطويع التكنولوجيا المستوردة للظروف والمتطلبات القائمة ، ووفقا للأولويات فى الاختيار الصحية .

– التنسيق بين وزارة الصحة والجامعات والمعاهد العلمية والتعليمية وأكاديمية البحث العلمى من أجل تنمية الطاقات البشرية العلمية والتكنولوجية ، وتربية الكوادر القادرة على حمل المسئولية فى مجال البحوث الصحية .

ولا يتأتى التنسيق بين الجهات المختلفة الا بالحوافز المجزية ، تقليلا من استنزاف العقول والخبرات بالهجرة للخارج .

– ادخال الادارة العلمية والتقويم العلمى الحديث فى خدمة البحوث الصحية .

– التخلص من السلبيات المتراكمة فى مجال البحث العلمى الصحى وهذا يقتضى :

× وجود جهاز مسئول عن استراتيجية وسياسة وخطة البحوث على مستوى الدولة للتنسيق بين الجهات المختلفة .

× نظام معلومات متكامل وكفء لخدمة البحث العلمى الصحى .

× تخطيطا للبحوث وسياسة واستراتيجية نابعة من رأى القاعدة العريضة ، والاولويات المتفق عليها .

× جهازا موحدا لوضع سياسة وخطط المؤتمرات العلمية على مستوى الدولة فى مجال الصحة .

– الحاجة الى الحد الأدنى من التوثيق والاعلام البحثى الرأسى وتلافى التكرار أو الفاقد فى الجهود البحثية .

– الحاجة الى الالتقاء والترابط المستمر بين جهات ومراكز البحث ، وبين جهات وهيئات الانتاج أو الخدمة .

– الحاجة الى الكوادر المتفرغة للبحث وتوفير التعويض والحوافز المناسبة لها .

أسس اختيار أولويات البحوث الصحية :

يراعى فى تحديد أولويات البحوث الصحية ما يأتى :

– ان يخصص ٨٠ ٪ من الخطة البحثية للبحوث ذات الأهمية القوميــة التى تتصــل بخطة التنمية الصحية ويترك ٢٠ ٪ للبحوث الأخرى .

– أن يكون البحث مما يهدف الى حل المشكلات القومية القائمة أو الى زيادة العائد من الخدمات الصحية وتحسين مستوى الأداء أو يؤدى الى نتائج تساعد على اتخاذ القرار فى المدى القريب .

– أن يلاحظ فى البحث الاستغلال الأمثل للامكانات المتاحة .

– تفضل الأبحاث التى تتعدد وتتداخل التخصصات فيها ، وتؤدى الى الربط بين أكثر من جهة .

– أن يؤدى البحث الى دعم التجهيزات والمعدات العلمية التى تفيد البلاد والجهة القائمة بالبحث .

– تفضل البحوث التى تحقق اهدافها فى أمد قصير نسبيا .

– ألا تكون البحوث تكرارا لبحوث سبق اقرارها ، الا اذا هدفت الى كشف طرق جديدة أو تعديل طرق مستخدمة وقاصرة ، أو تطبيق أساليب جديدة .

– أن تكون البحوث متكاملة فى أدائها ما أمكن ، وتؤدى فى النهاية الى تكوين مراكز علمية فى تخصص معين .

ادخال التكنولوجيا الحديثة المستوردة (نقل التكنولوجيا) فى قطاع الخدمات الصحية :

يراعى فى نقل التكنولوجيا الحديثة فى مجال الخدمات الصحية ما يلى :

– حسن الاستخدام للتكنولوجيا المستوردة فى الوقت والموقع المناسب .

– تقبل المنتفع والمستخدم للتكنولوجيا المستوردة .

– الاهتمام بدراسات العائد والتكلفة ودراسات العائد والفاعلية ، للتعرف على أن ما ينفق على هذه التكنولوجيا الحديثة يحقق العائد المستهدف ، وأن قيمة العائد أكبر من تكاليف الانفاق عليه .

– أن تكون درجة الاستيعاب لهذه التكنولوجيا المستوردة فى نطاق الامكانات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية .

وبالنسبة للتكنولوجيا المستوردة فى صناعة الدواء والمستحضرات البيولوجية يمكن استخدام اساليب بحوث العمليات لمعرفة تاثير التكنولوجيا المستوردة على معدلات الانتاج – انتاجية العامل – معامل التكلفة للعائد – جودة المنتج – الروح المعنوية للعامل .

البحوث ذات الأولوية لأهميتها القومية :

وضع أولويات للبحوث الصحية فى المجالات الآتية :

أولا – بحوث التغذية .

ثانيا – بحوث البلهارسيا والأمراض الطفيلية والمتوطنة .

ثالثا – بحوث الطب الاجتماعى .

رابعا – بحوث صحة البيئة .

خامسا – بحوث الادارة الصحية .

سادسا – بحوث التشريعات الصحية .

البحوث فى المجال الدوائى :

تعكس مشكلات البحث العلمى الدوائى الى حد كبير مشكلات صناعات أخرى ترتبط معها ارتباطا مباشرا ، ولذلك لا يمكن ان نهتم بنوع محدد من البحوث ونترك الآخره . فالبحث العلمى أو الأكاديمى لابد من ممارسته فى القطاع الدوائى لرفع كفاية العاملين العلمية ، وتدريبهم على أساليب البحث ، وخاصة طويلة المدى . والبحث العلمى التطبيقى والتنفيذى الذى يقوم باستغلال نتائج البحوث الأكاديمية لازم لتحقيق أهداف سريعة نحو التطور . اما البحوث الخاصة بالمتابعة وتطوير طرق التحليل وتحسينها فجميعها قصيرة المدى وملازمة للانتاج ونابعة منه ، ولها هدفان اساسيان : تطوير وتحسين المنتج النهائى ، ورفع كفاية العاملين فى المجال الصناعى .

وقد عرفت الدول أهمية البحوث فى صناعة الأدوية وخصصت نسبا تتراوح بين ١٠ ٪ – ٢٠ ٪ من جملة مبيعاتها للانفاق على البحوث

وتحسينها . ويخص الرقابة على المنتج فى العادة من ٢ - ٧ ٪ من هذه النسبة .

وفيما يلى عرض لأنواع البحوث :

١- البحث العلمى الأكاديمى :

وهو الذى يهدف الى توضيح وتنمية الحقائق العلمية الحالية فى فروع العلوم الطبية والصيدلية والكيماوية وغيرها . ولا شك أنه لايمكن الاستغناء عنه اذ انه هو الذى يبنى عليه كل تقدم علمى سواء كان من مفاهيم صحيحة عن طبيعة الصحة والمرض - أو من أساليب التدخل العلاجى أو الوقائى وهذه الممارسة الواقعية هى التى تشحذ العقلية العلمية وتكمل نضوجها وتسلحها بالخبرات والمقدرة على التفاعل مع المشاكل العلمية المختلفة .

وأجهزة الصناعة الدوائية لا تملك التخلف عن هذا المضمار بحكم طبيعتها العلمية ، وباعتبارها اولا وأخيرا جزءا لا يتجزأ من الوسط العلمى العام ، ولكن لايصح بأية حال من الأحوال أن يكون ذلك الهدف هو الأساسى والمهمة الأصلية فى مجال الصناعة الدوائية لأن له طبيعتها الأكاديمية الخاصة ، ولا تستطيع أى صناعة فى بدء نموها أن تتحمل تكاليفه وتنتظر نتائجه البعيدة المدى ولكن هذا لم يمنع ان تساهم فيه مراكز الأبحاث والرقابة مع المعاهد والمنشآت العلمية كالجامعات ومراكز البحوث الأخرى ذات الطابع الأكاديمى ، وذلك بالقدر الذى يحقق الأهداف التى سبق بيانها .

٢- البحث العلمى التطبيقى :

يهدف الى استخدام المفاهيم العلمية الجديدة فى استنباط وسائل جديدة للعلاج أو الوقاية مع تطبيق هذه المفاهيم تطبيقا مباشرا على المشكلات الصحية المعاصرة ، ومن الطبيعى أن تكون مثل هذه البحوث فى مجال التصنيع الدوائى المتعلق بالمواد الكيماوية والعناصر الفعالة للعقاقير المستحدثة فى العلاج وهى تنقسم الى :

- بحوث تطبيقية استطلاعية :

وتقوم على استطلاع الأثر العلاجى لعناصر أو مواد جديدة وطرق تحضيرها فى المعامل أو استخلاصها من خاماتها ، أو استكمال استيضاح بعض ماعرف من هذه الخصائص أو التأكد من الشكوك فيه ، أو دراسة تأثير المركبات الناتجة عن استخدام هذه العناصر الجديدة سواء نتج عنها تأثيرات ضارة أو تأثيرات نافعة مرغوب فيها ، ومثل هذا النوع من البحوث هو ايضا عنصر هام من العناصر التى يجب أن يشملها نشاط وأجهزة البحث العلمى الدوائى ولكنه يجب أن يتم التعاون مع الجامعات والمنشآت العلمية . وهذا يستلزم وجود جهاز يضمن توحيد مثل هذا الشكل من أشكال البحوث والاستفادة منها فى المجال الصناعى الدوائى .

- بحوث تطبيقية تنفيذية :

تقوم بها مصانع الدواء ولا يمكن لأى جهاز منفصل عن أجهزة التصنيع والانتاج القيام بها وحسن ادائها وسرعة الوصول بها الى تطوير المنتجات وتحسينها ، والاستفادة من خلق أنواع دوائية جديدة بنفس الامكانات وهذا النوع من البحوث هو الهدف الذى جعله قطاع الدواء أساسا لبدء نشاطه فى البحوث الدوائية وقام بربطه بسائر أجهزة الدولة العلمية خارج المجال الصناعى الدوائى .

- البحوث الخاصة بتيسير وتطبيق التكنولوجيا الحديثة فى انتاج الأشكال الصيدلية وضمان ثبات العناصر الفعالة . ويعتبر هذا المجال من البحوث التطبيقية الأساسية الهامة .

ويمكن الاستفادة من البحوث والخبرات فى الجامعات والمنشآت العلمية ، بمشاركة الأساتذة العاملين فى الفروع التى تهتم بالصناعة الدوائية وذلك بالقاء المحاضرات والقيام بالاشراف على تدريب الفنيين . وهذا ما تتبعه الشركات العالمية التى سبقتنا فى هذا المضمار ، كما انها تقوم بعمل عقود مع بعض الاساتذة التى ترى أنها قد تستفيد من ابحاثهم فى المجال الذى يهمها وبذلك يمكن الاستفادة من ادخال البحوث الاكاديمية فى المجال الصناعى ومشاركته لها المشاركة الفعلية التى تتفق مع طبيعة العمل . وبالنسبة للمعامل الحكومية فيمكن

الاستفادة من بعض الخبرات الفنية بها نظرا لأن مهمتها تتعلق بتطبيق المواصفات والمحافظة على المستوى العالمى بالنسبة لدساتير الأدوية العالمية .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة وما جرى بالمجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

* وضع سياسة وخطة للبحوث الصحية يتولاها جهاز قومى تكون له سلطة التنسيق والتمويل والتوجيه والمتابعة والتقويم لكافة البحوث فى مختلف أجهزة التنفيذ .

* ان تتضمن الخطة البحثية أولوية للبحوث الصحية ذات الأهمية القومية مثل : بحوث البلهارسيا والطفيليات والأمراض المتوطنة ، ومثل البحوث التطبيقية فى مجال التصنيع الدوائى على أن يخصص لها الجزء الأكبر من الاعتمادات المالية المخصصة للبحوث الصحية .

* وضع قواعد لادخال التكنولوجيا الملائمة فى قطاع الصحة كنوع من الاستثمارات للعائد ، مع الاهتمام ببحوث التكلفة والعائد للتكنولوجيا المستخدمة .

* الاهتمام بتمويل البحوث عن طريق نسبة مخصصة لها فى ميزانية الدولة ، أو وضع حد أدنى لما يخصص للبحوث يتزايد باطرد حسب الخطة البحثية .

* وضع نظام متكامل للمعلومات اللازمة للنشاط البحثى يضمن توافر البيانات والاحصاءات والمراجع وتداولها بين هيئات البحث والمشتغلين به .

* اعداد الكوادر العلمية المشتغلة بالبحوث الصحية وتعويضها ماليا وادبيا خاصة فى حالة التفرغ للبحث وتوفير البعثات والمنح وبرامج التدريب وحضور المؤتمرات الدولية .

* اتاحة التيسيرات المالية والادارية اللازمة للعمل البحثى ، وتطويع اللوائح التى تشجع وتيسر احتياجاته من الأجهزة والمعدات اللازمة له .

* تركيز البحوث الدوائية فى الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية وتدعيم إمكاناتها الفنية والبشرية ، وان تقتصر البحوث داخل شركات الأدوية على بحوث تطوير الانتاج والتكنولوجيا الصناعية .

الدورة الثانية ١٩٨١ – ١٩٨٢

الخدمات الطبية العاجلة واستراتيجيتها

تتمثل الخدمات الطبية العاجلة فى الاسعافات الضرورية الواجب تقديمها فورا لانقاذ حياة مريض أو مصاب فى خطر ، ويترتب على عدم تقديمها أو التراخى فيها ، حدوث الوفاة أو المضاعفات الخطيرة ، أو العاهات المستديمة .

وقد أجريت الدراسات اللازمة لتطوير هذه الخدمات فى مصر منذ عام ١٩٧٦ وأنشىء مشروع استرشادى لهذا الغرض فى قطاع من مدينة القاهرة وآخر فى مدينة الاسكندرية .

ومن أمثلة الحالات التى تتطلب هذه الخدمات : النزيف الناجم عن اصابات الحوادث ، والفتق المختنق ، والصدمات الناتجة عن الحروق وجلطة القلب ، والسموم ، وتتناول هذه الدراسة الاسعافات الأولية بوجه عام ، وحالتين من الحالات التى تتطلب الخدمة الطبية العاجلة وهما : السموم ، والحروق .

الاسعافات الأولية العاجلة

بدأت هذه الخدمات فى مصر بالعمل التطوعى الاختيارى منذ أوائل القرن العشرين ، حيث انشئت جمعية الاسعاف الدولية ، ثم توسعت فى انشاء فروع لها بالاقاليم ، حتى ضمت الى وزارة الصحة سنة ١٩٦٦ ، فأصبحت مرفقا من مرافق الدولة ودعمت باحدث السيارات ، وأدخل بها نظام العمل باللاسلكى ، وافتتحت المدارس الخاصة بتخريج المسعفين المثقفين ، الى جانب مراكز التدريب وأحدث وسائل الاسعاف الطبى ، لتوصيل الخدمة الى كل مواطن اينما كان ، باعتبار الاسعاف « ضرورة من ضرورات الحياة » ويستلزم تقديم هذه الخدمة – ابتداء من موقع الحادثة – توافر عدة مكونات اهمها :

١ – وسائل الاتصالات :

وهى عصب الخدمة التى تحرك كافة الامكانات ، وذلك عن طريق ماياتى :

النداء الآلى : وهو المحرك الأساسى للأجهزة المعنية ويعتمد أساسا على الاتصال التليفونى بغرفة العمليات الرئيسية للخدمة ولذلك يجب ان يستمر توفير هذا الاتصال بكفاءة عالية ، وبواسطة رقم بسيط سهل الحفظ .

شبكة الاتصالات اللاسلكية : وفى هذا المجال تم تغطية القاهرة والاسكندرية بشبكة لاسلكية خاصة بالخدمات الطبية العاجلة ، تعمل على موجة متناهية القصر ، يمكن من خلالها : تحريك سيارات الاسعاف عن طريق غرفة عمليات رئيسية ، والاتصال بمستشفيات الحوادث ، والاتصال اللاسلكى بين سيارات الاسعاف والمستشفيات المتوجهة اليها ، كما يمكن نقل رسم القلب من سيارات الاسعاف الى المستشفى كما تم توفير اجهزة لاسلكية تعمل على شبكة النجدة لسيارات ونقط الاسعاف التى تعمل على الطرق السريعة فى الوجه البحرى وبعض محافظات الوجه القبلى .

٢ – وسائل النقل :

يجب ان يتم نقل المصاب او المريض بوسيلة سريعة ومريحة ، حتى لا تزيد عملية النقل من آلامه أما الوسائل التى تستخدم فى الخدمات الطبية العاجلة فتتمثل فيما يأتى :

– سيارات الاسعاف : وتعتبر اهم وسائل النقل فى هذا المجال ، وقد وضعت لها مواصفات على احدث النظم التكنولوجية ، وهى موحدة بوجه عام ، فيما عدا بعض الاختلافات بالنسبة للسيارات التى تعمل فى المناطق الصحراوية والنائية .

وطبقا للمعدلات العالمية فانه يلزم لكل ٢٥ ألف مواطن سيارة اسعاف واحدة ، امابالنسبة للمحافظات الصحراوية ومحافظات الحدود – حيث التجمعات السكانية الصغيرة – فيلزم تخصيص سيارة لكل ٥٠٠٠ مواطن . وتبعا لتعداد السكان المتوقع سنة ٢٠٠٠ وهو ٧٠ مليون نسمة فيلزم توفير ٢٨٠٠ سيارة ، يضاف اليها ٥٠٠ سيارة للمحافظات الصحراوية ولخدمة الطرق السريعة وبذلك يكون اجمالى العدد المطلوب هو ٣٣٠٠ سيارة اسعاف .

اما بالنسبة لعدد المسعفين فيبلغ ١٣٢٠٠ مسعف بافتراض ان المسعف سيعمل سائقا فى الوقت نفسه ، وان السيارة سوف تعمل دورتين .

ويجب ان يؤخذ فى الاعتبار – عند تحديد عدد وحجم السيارات – ضروف كل منطقة ، من حيث : توزيع السكان ومواقع عمل السيارات وتحركها ، وبيانات التشغيل ، وشبكات الطرق .

– الطائرات الهليوكبتر : ويستخدمها جميع الدول المتقدمة وكثير من دول العالم الثالث فى مجال الاسعافات الطبية ونظرا لارتفاع تكاليف تشغيلها ، فان معظم الدول تستخدمها بالتعاون والتنسيق مع القوات الجوية أو قوات الامن ، على أن يكون للخدمات الاسعافية الأولوية فى تلبية النداء .

وفى مصر يلزم ادخال هذا النظام لخدمة حوادث الطرق السريعة والمناطـق الصحراوية النائية ، والمناطق الجبلية فى سيناء والبحر الأحمر ، وكذلك فى حالات النقل الثانوى للمرضى من احد المستشفيات

الى مراكز العلاج المتخصصة .

– اللنشات الاسعافية : وهى وسيلة هامة تلزم للعمل فى بعض محافظات الوجه القبلى ، حيث لا تتيسر فى بعض المراكز وسائل الاتصال بين البر الشرقى والبر الغربى للنيل ، اذ يخلو أحد الجانبين – فى بعض الأحيان – من الوحدات الصحية القادرة على القيام بالخدمة الطبية المناسبة . ومن ثم ينبغى وجود لنشات اسعافية مزودة بالتجهيزات الطبية اللازمة وبالاجهزة اللاسلكية ، للقيام بعمليات النقل بين الشاطئين ، حيث تكون سيارة الاسعاف فى انتظارها .

ومن ناحية أخرى – ومع تزايد الاهتمام بالسياحة النيلية – ينبغى انشاء نقط اسعاف نهرية على امتداد مجرى النيل ، وتكون المسافة بين كل منها نحو ٢٠ كيلو مترا .

٣– الخدمة داخل المستشفى :

من الضرورى استمرار تقديم الخدمة الطبية اللازمة للمريض او المصاب الذى يصل الى قسم الاستقبال ، لاستكمال العلاج الذى بدأ فى موقع الحادث ، ويستدعى ذلك تطوير أقسام الاستقبال بالمستشفيات من حيث وجود المكان الذى تتوافر فيه السيولة اللازمة لسرعة تقديم الخدمة ، وذلك بانشاء مداخل خاصة لسيارات الاسعاف واخرى للمشاة . وإعداد صالة للفرز وغرف للفحص وأخرى للعلاج وغيرها للملاحظة ، وغرف خاصة مجهزة للانعاش فى الحالات الحرجة ، وغرف للعمليات ، وما يلزم لذلك من معامل وأجهزة للأشعة وبنوك للدم الى جانب المقررات الواجب توافرها من تجهيزات ومعدات طبية ، مع إعداد القوى العاملة اللازمة اذ يعتبر قسم الاستقبال الحديث المتطور بمثابة مستشفى للحوادث يعمل على مدى اربع وعشرين ساعة ، ولايتركه المريض الا بعد تمام الشفاء ، او استقرارالحالة ونقله الى داخل المستشفى .

٤– خدمات الاسعاف العاجلة على الطرق السريعة :

يجب تدعيم الطرق السريعة لمواجهة الحوادث عليها – بنقط للاسعاف لاتزيد المسافة بين كل منها عن ثلاثين كيلو مترا ، مع تزويدها بما يأتى :

– سيارات اسعاف حديثة التجهيز ، يعمل عليها أفراد مدربون على تقديم الخدمات المطلوبة .

– شبكة لاسلكية لتلبية الخدمة فورا ويستلزم ذلك وجود تليفونات اغاثة على مسافات مناسبة .

– مجمعات للاغاثة – وخاصة على الطرق الصحراوية – يتم انشاؤها بالتعاون مع وزارة الداخلية ، وتشمل : خدمات المرور ، والاغاثة ، والتحويل والاسعاف الطبى .ويجرى العمل فى انشاء مجمعين من هذا النوع ، احدهما على طريق القاهرة الاسكندرية الصحراوى والآخر على طريق القاهرة الاسماعيلية الصحراوى .

٥– القوى العاملة فى مجال الخدمات الاسعافية :

يتطلب تطوير الخدمات الاسعافية ، اعداد وتدريب القوى العاملة فى هذا المجال ، وتوفير الاعداد اللازمة منها ، وذلك على النحو الآتى :

الأطباء : تجب العناية بإعداد الاطباء اللازمين للعمل فى ميدان الخدمات الاسعافية ، ويستدعى هذا العمل تحقيق ما يأتى :

– تدريس الخدمات الطبية العاجلة لطلبة كليات الطب وطلبة الدراسات العليا .

– إعداد دورات تدريبية للطلبة تتم فى سيارات الاسعاف أو أقسام الاستقبال بالمستشفيات .

– تدريس برامج خاصة عن الخدمات الطبية العاجلة لأطباء الامتياز طوال فترة تدريبهم .

– اعادة نظام الطبيب المقيم ، على أن يعمل لمدة ثلاثة أشهر على الأقل بأحد اقسام الاستقبال فى المستشفيات .

– توفير اطباء متفرغين للطوارىء ، يعملون فى مجال الخدمات الطبية العاجلة وإعداد فريق منهم للمشاركة فى العمل على سيارات الاسعاف المجهزة ، لضمان الرعاية الاساسية فى مكان الحادث وأثناء

النقل الى اقسام الاستقبال وخاصة فى حالات الكوارث أو الاصابات الجماعية .

مشرفات التمريض والممرضات : نظرا لأهمية الدور الذى تؤديه الخدمات التمريضية فى هذا المجال ، ينبغى العناية باعداد تدريب هذه الفئة ، وذلك عن طريق ما يأتى :

– ادخال برامج الرعاية الطبية العاجلة والطوارىء الصحية الجراحية والطبية فى مناهج الدراسة بمدارس التمريض ومعاهده العليا سواء من الناحية النظرية أو العملية ، مع دوام البرامج التدريبية .

المسعفين : وهم من أهم الفئات فى اداء الخدمة الاسعافية ، ومن ثم تجب اعادة النظر فى طريقة تأهيلهم وتدريبهم لرفع مستواهم الفنى والعلمى ، وذلك على النحو الآتى :

– تطوير الدراسة بمدارس المسعفين التابعة لمديريات الصحة بالمحافظات ، ويتم ذلك بمعرفة لجنة متخصصة تشكل من اساتذة الجامعات والخبراء فى هذا المجال ويكون من مهامها وضع البرامج العلمية الحديثة التى تكفل مستوى لائقا لخريجى هذه المدارس .

– انشاء شعبة للاسعاف الطبى بكل من المعاهد الفنية الصحية ، يلتحق بها الحاصلون على الثانوية العامة ، وخريجو مدارس المسعفين الممتازون وذلك لتخريج مسعفين على مستوى عال (فنى طوارىء) .

– تدريب المسعفين على قيادة سيارات الاسعاف لتدارك النقص فى عدد السائقين .

٦– التدريب على الخدمات الاسعافية :

يعتبر التدريب على هذه الخدمات عملا ضروريا ومستمرا بالنسبة لجميع الفئات العاملة فى ميدانها . ويوجد الآن سبعة من مراكز التدريب فى كل من القاهرة والاسكندرية وطنطا والمنصورة والزقازيق وأسيوط وقنا بالاضافة الى مراكز التدريب فى بعض المستشفيات وفى هذا الاتجاه يجب العمل على ما يأتى :

– تغطية جميع المحافظات بمراكز التدريب على الخدمات الطبية العاجلة تجهز بكافة الوسائل التعليمية والتدريبية الحديثة وتلحق بها مكتبات تخصصية مزودة بالمراجع اللازمة .

– إعداد المدربين اللازمين لتلك المدارس ، سواء بالتدريب محليا ، أو عن طريق بعثات الى الخارج .

– ادخال مادة الاسعاف المتطور ضمن برامج كليات ومعاهد الشرطة حيث ان رجل الشرطة هو أول من يصل الى مكان الحادث ، ومن ثم يجب أن يكون على دراية بأسلوب تقديم الخدمة الطبية السريعة على أسس علمية سليمة .

٧– التنسيق بين الجهات المعنية :

ضرورة التنسيق بين أعمال كافة الجهات المعنية التى تعمل فى مجال الخدمات الطبية العاجلة بصفة مباشرة أو غيرمباشرة كوزارات الصحة والداخلية والنقل بما يحقق رفع كفاءة هذه الخدمات وتطويرها .

٨ – التسجيل والاحصاء :

يستدعى تطوير الخدمات الطبية العاجلة ، الاهتمام باعمال التسجيل والبيانات والاحصاءات بأقسام استقبال الحوادث ، والحرص على صحتها وجديتها ، حتى تؤتى ثمرتها فى بحوث التطوير الخاصة بهذا المجال .

٩ – الاعلام والتوعية :

لا شك أن الخدمات الطبية العاجلة ستزيد فاعليتها اذا زاد وعى الجماهير بأهميتها ، وذلك عن الطريق .

– توسيع نطاق الاعلام بها وبامكاناتها المتاحة ، وكيفية الافادة منها .

– التوعية باسباب وأغراض ووسائل علاج الأمراض الحادة والاصابات الطارئة .

– تشجيع التدخل المبكر بطريقة سليمة بهدف تقليل الوفيات ، والتخفيف من نسبة المضاعفات .

– التنبيه الى أهمية اعطاء اولوية المرور لسيارات الاسعاف .

- تلقين تلاميذ المدارس مبادىء الاسعاف الأولية .

اقسام علاج السموم

يعتبر انقاذ حالات التسمم جزءا هاما من الخدمات الطبية العاجلة ولذلك يجب الاهتمام بانشاء اقسام متخصصة للسموم فى المستشفيات العامة ويحتاج انشاء قسم للسموم الى توافر بنك للمعلومات ، ووحدة رعاية مركزة ، ومعمل خاص .

- بنك المعلومات :

ويمكن لبنك معلومات واحد - خاص بالسموم - خدمة أكثر من مدينة حيث يعطى الارشاد وطرق العلاج ومستلزماته ، لكل من يطلب منه العون ، سواء من الاطباء أو المستشفيات ، أو من الاهالى وينبغى ان يتوافر لمثل هذا البنك مايأتى :

- المراجع العلمية الحديثة الدقيقة فى مجال السموم .
- كمبيوتر لتخزين المعلومات .
- ميكروفيش يضم كل ما يستخدم بالبلاد من أدوية لها أثر سام على الانسان والحيوان .
- اطباء متخصصون يعملون طوال أربع وعشرين ساعة .
- ان يكون متصلا بشبكة الاتصالات السلكية واللاسلكية .

وقد تم انشاء بنك لمعلومات السموم فى كلية طب عين شمس .

- وحدة الرعاية المركزة :

ويتم تجهيزها على غرار وحدات العناية المركزة بالنسبة للأمراض الأخرى مع الفوارق الآتية :

- يعمل بها اطباء معالجون ذوو خبرة خاصة فى علاج حالات السموم .
- تضم وحدة كلى صناعية .
- تحول اليها الحالات الى تستدعى عناية خاصة ولا يمكن علاجها فى المستشفيات الاخرى .

ويجرى حاليا انشاء وحدة رعاية مركزة خاصة بالسموم فى كلية طب عين شمس .

- معمل السموم :

ويختص بخدمة حالات السموم ، والكشف عن الحالات الغامضة مع الاتصال المباشر بالتلكس مع المراكز الدولية الهامة ، حيث يوجد نظام دولى خاص باقسام وتبادل المعلومات والنشرات .

الرعاية الطبية لاصابات الحروق

حقق علاج اصابات الحروق تقدما كبيرا على المستوى العالمى فوضعت أسس لدراسة هذه المشكلة ووسائل مواجهتها ، تبعا لما دلت عليه احصاءات الاصابات فى كل دولة ، وعلى ضوء امكانات العلاج المتاحة لها .

وتشير الاحصاءات المتاحة فى مصر عن اصابات الحروق الى وجود مصاب بها بين كل ٩٠٠ فرد ، وهى نسبة عالية ، تفوق نسبة الوفيات نتيجة بعض الامراض الخطرة والمستعصية ومع ذلك لا توجد الا وحدتان لعلاج الحروق : وحدة بمستشفى جامعة الاسكندرية ، ووحدة القوات المسلحة بمستشفى الحلمية ومازالت الاصابات تعالج بأسلوب غير متطور .

وتشكل الاسباب الفردية غالبية اصابات الحروق فى بلادنا اما حوادث المصانع والتجمعات فينتج عنها كوارث تغلب فيها الخسائر المادية على اصابات الأفراد .

ويوضح البيانان الواردان فى الصفحة التالية اسباب الحروق من واقع الحالات التى عولجت فى كل من مستشفى الحلمية العسكرى ، ومستشفى هليوبوليس خلال فترة معينة .

أساليب الوقاية من الحروق :

وللتقليل من حوادث الحريق ومن ثم الاقلال من عدد المصابين ، ينبغى الأخذ بمستلزمات الأمن وتطبيق اجراءات الوقاية ولتحقيق ذلك يلزم ما يأتى :

- دراسة احصائيات أسباب الحروق فى المناطق المختلفة .
- الاهتمام بالأمن الصناعى والعناية بالمواد المشتعلة ومولدات الطاقة صناعة وصيانة وخاصة ذات الاستعمال المنزلى ويستلزم ذلك :

أسباب الحروق فى المصابين الذين عولجوا بمستشفى الحلمية
العسكرى العام خلال الفترة من ١٩٦٢ - ١٩٦٤

النسبة المئوية لمساحة الاصابة	عدد الحالات	السلق	خلال اطفاء الحريق	اشتعال بنزين	وقود كيروسين	حريق كيمائى	حريق كهربائى
أقل من ١٥ ٪	٣٦٨	٢٧٦	٧٩	-	-	٢٢	١
أكثر من ١٥ ٪	١٤٠	-	-	٨٠	٥٩	-	١

أسباب الحروق فى المصابين الذين عولجوا فى مستشفى
هليوبوليس خلال الفترة من ١٩٦٢ - ١٩٦٤

النسبة المئوية لمساحة الاصابة	عدد الحالات	انفجار فى مصنع	موقد كيروسين	سلق	كيمائى	انفجار	أشعة
أقل من ١٥ ٪	٦٤	١٨	١٩	١٥	-	-	١
أكثر من ١٥ ٪	٤٠	١٣	٢٤	-	-	٣	١

وكانت نسبة الوفيات فى كلا المستشفيين ٢,٨ ٪ - غالبيتها فى اصابات الانتحار وفى الحالات الاكثر من ٥٠ ٪ من مساحة الجسم .

× مطالبة الاجهزة التنفيذية بتنفيذ قوانين الامن الصناعي .

× توعية الافراد للأخذ باسباب الوقاية عن طريق اجهزة الاعلام من صحافة واذاعة .

– التأمين ضد الحرائق لاشراك شركات التأمين في توفير وسائل الوقاية منها في الاماكن المؤمن عليها .

– ادخال نظام الانذار والاطفاء الآلي في جميع المصانع والمؤسسات وخصوصا الأكثر تعرضا لاحتمالات الحرائق .

انواع الاصابات :

تتنوع الاصابات التي تحدث نتيجة الحروق بين بسيطة ومتوسطة وجسيمة ، وفيما يلي توضيح لكل منها :

– اصابات بسيطة : تصيب مساحة تقل عن ١٠ ٪ من مساحة الجسم في الكبار وعن ٥ ٪ في الاطفال ، ولا تصيب الاجزاء الهامة من الجسم والوجه ويمكن علاجها بواسطة طبيب ممارس عام ، او بواسطة ممرضة مؤهلة في العيادة الخارجية .

– اصابات متوسطة : وهي شديدة وتبلغ نسبة الاصابة بها ١٠ ٪ في الكبار و٥ ٪ في الاطفال وقد تصل الى ٥٠ ٪ من مساحة الجسم كما تشمل الاصابات الاماكن الهامة من الجسم .

– اصابات جسيمة : وتعتبر ميئوسا من شفائها وتصيب مساحة تزيد عن ٥٠ ٪ من مساحة الجسم .

رعاية المصابين ونظم علاجهم :

ويمكن تقسيم الرعاية التي تقدم لمصاب الحروق الى المستويات الآتية :

– علاج عام في مستشفى غير تخصصي به تسهيلات لعزل المصاب لوقايته من التلوث ، دون برنامج علاجي نمطي .

– علاج مركز لاصابة الحروق في وحدة العناية المركزة ، دون برنامج علاجي نمطي .

– علاج يتبع برنامجا علاجيا نمطيا في مستشفى عام ولا توجد به وحدة لعلاج الحروق .

– علاج في وحدة الحروق .

– علاج في مركز الحروق المتخصص .

نظم العلاج :

ويعتبر المستويان الأول والثاني مرحلة مؤقتة لحين تحويل المريض لاحدى المراحل الثلاث التالية ، والمحددة طبقا للقواعد التنظيمية الموضوعة للعلاج ، تبعا لعدد الحالات التي تحدث في منطقة المستشفى :

– برنامج علاجي نمطي ، تتبعه لجنة استشارية عليا تضم الخبرات والأخصائيين وتتبع وزير الصحة ويوضع هذا البرنامج للمستشفى الذي يستقبل خمسة وعشرين مصابا على الأقل ، وتختلف خطوات تنفيذه باختلاف تسهيلات العلاج المتاحة في كل مستشفى

– وحدة حروق منفصلة تحتوي على أربعة أسرة على الاقل تنشأ في المستشفى الذي يستقبل خمسا وثلاثين حالة سنويا على الأقل .

– مركز حروق تخصصي ، به ستة اسرة على الأقل وينشأ في الوحدات الصحية التي تستقبل أكثر من خمسين حالة سنويا ، ويجب أن تتوفر فيه وسائل العلاج علاوة على تسهيلات البحوث والدراسة والتدريب .

وتحتاج جميع اصابات الحروق – التي تستدعي دخول المستشفى – لعلاج متخصص اذ ان المصاب يكون قد فقد جزءا من وظائف جلده الوقائية والتنظيمية متناسبا مع مساحة الاصابة يتسبب عنه تلوث جرثومي ، وفقد السوائل الهامة في جسده وجزءا كبيرا من التمثيل الغذائي ، الأمر الذي يستدعي بذل جهد كبير بالتحكم في هذه المضاعفات واقامة المصاب في المستشفى فترة ٤٥ يوما في المتوسط ويمكن علاج حوالي ٦٠ ٪ من عدد الاصابات بواسطة برنامج علاج نمطي ، وعلاج الباقي في وحدات أو مراكز حروق .

ويعتبر هذا التصنيف الثلاثي تطويرا للعلاج التخصصي لاصابات الحروق ويستدعيه : تعداد التجمع السكاني ، وعدد الاصابات في هذا التجمع ، واحتياجات القائمين بالعلاج لهذا التطور بناء على الخبرة التي

معدلات القوى البشرية
التى تحتاجها وحدة أو مركز الحروق لكل عشرة أسرة
بمعدل أشغال ١٠٠ ٪

تخصص كل الوقت

الاطبـــاء	العـــدد	التمريـــض	العـــدد	تخصصات اخرى	العـــدد	خدمـــات	العـــدد
اخصائى	١	رئيس تمريض	١	مساعد معمل	١	مراسلة	١,٤
مساعد أو نائب	١	ممرضة مستوى حكيمة	١٣	تخصص خدمة اجتماعية	١	تومرجية	١,٤
طبيب مقيم	١	ممرضة دبلوم	٨			سكرتيرة	٢,٨
		عامل فنى حروق	٤				
		مساعد ممرضة	٤				

تخصص بعض الوقت						تخصص تحت الطلب			
اخصائى تخدير	١	علاج العمل	١	صيدلى	١	طبيب أطفال	١	طبيب نفسانى	١
تغذيـــة	١	حكيمة عمليات وخدمة		طب طبيعى	١	طبيب امراض		مـــدرس	١
		لغرفة العمليات	١			باطنية	١		
مكروبيولوجى	١								

يكتسبونها من خلال علاجهم للاصابات علاجا سليما متكاملا .

نظم وحدة علاج الحروق :

وينبغى ان يراعى عند انشاء وحدة علاج الحروق مايأتى :

– حجم الوحدة : ويعتمد على احتياجات المنطقة ، ويعتبر انشاء الوحدة التى يقل عدد الأسرة فيها عن عشرة – غير اقتصادى . كما تصعب ادارة الوحدة التى يزيد عدد الأسرة فيها عن ثلاثين .

– نوع العمل : يختلف نوع العمل من وحدة لأخرى فهناك وحدات تخصص لعلاج حالات تزيد نسبة الاصابة فيها عن ٢٥ ٪ ووحدات تعالج جميع الحالات ، ووحدات لعلاج الأطفال .

– عدد الأخصائيين : ويتحدد عدد الاخصائيين اللازمين لادارة الوحدة تبعا لحجمها ، ويستطيع طبيب اخصائى ادارة وحدة تعالج خمسة عشر مصابا فى وقت واحد ، ويمكن مضاعفة هذا العدد اذا وجد مساعد لذلك الطبيب .

التبعية : يجب ان تتبع وحدة الحروق المستشفى العام فى المنطقة ، ويعتمد عليها فى جميع الخدمات التى تحتاجها .

– المبنى : ينبغى ان يكون مبنى وحدة الحروق اوسع مما تستلزمه الحاجة الحاضرة ، وان يحتوى على قسم للعمليات خاص به وقاعة لاجتماع العاملين لاجراء المناقشات العلمية والعملية ومكان لراحتهم ، وأماكن للعزل والعناية المركزة والغيار ، والحمام .

أما مركز الحروق المتخصص فيجب ان ينشأ فى مستشفى تعليمى ، وعادة ما يكون تابعا لاحدى كليات الطب ، ويعتبر تطويرا لوحدة الحروق ويكون حجمه خمسة عشر سريرا ، أو أضعافها .

التوصيات

وعلى ضوء العرض السابق ومادار فى المجلس من مناقشات – يوصى بما يأتى :

توصيات عامة :

* الاهتمام بالتسجيل والاحصاء فى جميع مراحل وحالات الخدمات الطبية العاجلة ، وتجميع المعلومات فى مركز ينشأ بوزارة الصحة كبنك للمعلومات ، يعمل به أطباء متخصصون طوال اربع وعشرين ساعة ، ويكون متصلا بشبكة الاتصالات لتقديم البيانات والارشادات الخاصة بمستلزمات العلاج فور طلبها .

* وضع نظام لمجابهة الكوارث والاحتياط منها قبل وقوعها – على غرار اجهزة الدفاع المدنى – واعداد الوسائل اللازمة لمواجهتها عند حدوثها .

* الاهتمام بموضوع نقل الدم وضرورة توافره ، حيث ان كثيرا من الحالات والحوادث تستلزم نقل الدم ومشتقاته وربط خدمات بنوك الدم بالخدمات الطبية العاجلة .

* انشاء دراسات عليا فى طب الطوارىء لمواجهة الحالات العاجلة والطارئة مثل حالات : التسمم والحروق ، والتى تتطلب علاجا سريعا .

* توسيع نطاق الاعلام بالخدمات الطبية العاجلة وكيفية الافادة منها ، والتوعية باسباب واغراض ووسائل علاج الامراض الحادة ، والاصابات الطارئة وخاصة فى حالات التسمم والحروق .

فى مجال الاسعافات الاولية :

* ضرورة تغطية كافة انحاء الجمهورية بشبكة اتصالات خاصة بالاسعافات الطبية ، بحيث يتحقق الاتصال فى أية لحظة من والى غرفة العمليات الرئيسية الخاصة بالخدمات العاجلة فى جميع المحافظات ووحدات الخدمة من سيارات الاسعاف وأقسام الاستقبال بالمستشفيات ووحدات الاغاثة على الطرق الرئيسية .

* استكمال النقص فى عدد سيارات الاسعاف وتجهيزها وفقا للمواصفات العلمية الحديثة وادخال نظام الاسعاف بطائرات الهليوكبتر وخاصة فى حوادث الطرق السريعة والمناطق النائية ، وكذلك خدمة اللنشات الاسعافية وعلى الاخص فى المناطق السياحية ، مع العمل على انشاء نقط اسعاف نهرية على امتداد مجرى النيل ، كل ذلك فى اطار من التنسيق والتعاون بين جميع الجهات والأجهزة المختصة والمعنية .

* تطوير اقسام الاستقبال فى المستشفيات بحيث يكون كل قسم

بمثابة مستشفى للحوادث وتزويده بكافة الاحتياجات من التجهيزات الطبية التى تكفل سرعة وكفاءة تقديم الخدمة العلاجية .

* اعداد وتوفير الكوادر الفنية بجميع فئاتها من اطباء وهيئات تمريض ومسعفين ، للقيام بالخدمات الاسعافية مع اعداد فريق من اطباء الطوارىء يشارك بعضهم فى العمل على سيارات الاسعاف ، واستمرار التدريب المتطور لجميع هذه الفئات .

مع النظر فى تدريس الخدمات الطبية العاجلة بانواعها ضمن برامج كليات الطب ودراساتها العليا ، وكذلك فى كليات الشرطة .

فى مجال السموم :

* العمل على انشاء وحدات رعاية مركزه خاصه بالسموم لتحول اليها الحالات التى تستدعى عناية خاصة ولا يمكن علاجها فى المستشفيات الأخرى . وفى هذا المجال ينبغى الاسراع فى اتمام انشاء قسم السموم فى كلية طب عين شمس مع وضع خطة لربطه لاسلكيا بكافة المحافظات .

* اجراء الدراسات اللازمة لانشاء معمل للسموم ، لخدمة حالات التسمم والكشف عن الحالات الغامضة . على ان يكون له اتصال مباشر عن طريق التلكس مع المراكز الدولية الهامة لتبادل المعلومات والنشرات .

فى مجال الحروق :

* توفير مستلزمات الأمن وتطوير اجراءات الوقاية من الحريق ، والعمل على تطبيقها فى مختلف البيئات بكل حزم واصدار التشريعات الملزمة للتأمين ضد الحرائق . مع دراسة انشاء مخارج خاصة بالمبانى يمكن اللجوء اليها عند حدوث الحرائق .

* وضع خطة لانشاء مراكز لعلاج الحروق يكون توزيعها على النحو التالى :

مركزين بالقاهرة ومركز بكل من : الاسكندرية وطنطا والمنصورة وأسيوط ، وامدادها بالأفراد اللازمين لتنفيذ البرامج العلاجية النمطية ، على ان تتبع هذه المراكز الجامعات او المستشفيات التعليمية كل فى منطقتها .

الإطار العام لاستراتيجية القوى العاملة فى مجال التمريض

تعتبر المرضة عضوا رئيسيا فى الفريق الصحى ، لما لها من دور هام فى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين ، الى جانب مساهمتها فى البرامج الصحية والوقائية والعلاجية . ومن هنا تتمثل اهمية التمريض فيما يقدمه من الرعاية اللازمة للأفراد أو الأسر أو المجتمعات المحلية ، ضمن الفريق الطبى ، بهدف المساعدة على تحسين مستوى الصحة للفرد والمجتمع ووقايته من الامراض ، وتقليل نسبة العجز ، بجانب تقديم الرعاية التمريضية للمعوق والمريض . ومن ثم يعتبر التخطيط للقوى العاملة التمريضية جزءا أساسيا من التخطيط الصحى للبلاد ، وخاصة بعد نمو الوعى الصحى ، وتزايد اهتمام الدولة بتوفير الخدمات الطبية للمواطنين وظهور مجالات جديدة للتمريض مثل رعاية كبار السن ، والخدمة التمريضية المنزلية ، والتمريض الوقائى ، وتمريض ورعاية الأطفال . مما يستدعى تحديث مناهج التأهيل وبرامج التدريب فى هذا المجال .

الأوضاع الراهنة :

تعانى مصر من نقص أعداد العمالة التمريضية وسوء توزيعها وانخفاض مستوى التعليم والتدريب خصوصا فى الوظائف الاشرافية

والقيادية والتخصصية ويرجع ذلك الى مجموعة من العوامل ، يتلخص اهمهافيما يأتى :

– عدم الاقبال على مهنة التمريض : ويرجع ذلك الى نظرة المجتمع للممرضة وضعف الأجور والحوافز بالنسبة لطبيعة هذا العمل ، وزيادة الأعباء على الممرضات داخل الوحدات الصحية وخاصة بالمستشفيات . مما دفع كثيرات منهن – وعلى الأخص القيادات التمريضية والمدرسات – الى العمل فى الخارج وبالمستشفيات الخاصة .

– ضعف مستوى العمالة التمريضية : ويرجع ذلك الى ضعف مستوى تعليم واعداد طالبات التمريض وعدم الاهتمام بالتدريب المستمر اثناء الدراسة وبعد التخرج ونقص الامكانات والأجهزة الضرورية التى تيسر للممرضة اداء مهماتها ، ونقص الانشاءات المناسبة لهذه النوعية من الدراسة .

– مشكلات التنظيم وزيادة الواجبات : ويتمثل ذلك فى : تحمل الممرضات مسئولية جميع العهد ومسئولية فقدها او تلفها وتكليف افراد هيئة التمريض بخدمات معاونة مثل التغذية والأعمال الفندقية ، وعدم اعطاء رئيسات التمريض السلطات الكافية التى تتوازى مع مسئولياتهن .

– قصور الخدمات والتسهيلات : ويتمثل فى : عدم وجود رعاية طبية مجانية مناسبة لهيئات التمريض وطالباته ، وندرة دور الحضانة التى تعمل ليلا نهارا لايواء أبنائهن مما ادى الى ارتفاع نسبة غياب الامهات وزيادة الأعباء على الأخريات ، وعدم توفير السكن لاقامة الممرضات المغتربات أو تدبير أماكن مناسبة للراحة بوجه عام .

حصر القوى العاملة التمريضية وتوزيعها :

وقد اجريت دراسة لحصر هذه القوى العاملة باستخدام البيانات المجمعة عن طريق المديريات الصحية والمؤسسات والجامعات فى جميع محافظات الجمهورية عن العمالة التمريضية الموجودة بالخدمة فى النصف الأخير من عام ١٩٧٩ وصممت لهذا الغرض استمارات خاصة لجمع بيانات عن أفراد هيئة التمريض حسب نوعية المؤهل لكل نوعية من الخدمة الصحية ، وشمل الحصر الجهات الآتية :

× الوحدات الصحية بجميع قطاعات وزارة الصحة .
× المستشفيات التابعة لهيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية .
× المستشفيات الجامعية .
× المستشفيات التابعة للمؤسسات العلاجية بالقاهرة والاسكندرية .
× مستشفيات الوزارات والهيئات الأخرى .

ولم تشمل هذه الدراسة القوى العاملة التمريضية بمستشفيات القوات المسلحة ، ومستشفيات القطاع الخاص ، لتعذر الحصول على بياناتها . كما لم تشمل الاعارات والاجازات الخاصة .

نتائج الدراسة :

وتتلخص هذه الدراسة فى مجموعة من النتائج ، فيما يلى عرض لأهمها :

الحصر الاجمالى : بلغ اجمالى افراد هيئة التمريض فى سنة الحصر ١٩٧٩ على مستوى الجمهورية ٣٤٥٩٠ ، يعمل منهن بوزارة الصحة ٢٦٨٤٠ بنسبة قدرها ٧٧.٦ ٪ ، وفى الجامعات ٣٩٧٣ بنسبة قدرها ١١.٥ ٪ وتتدرج النسبة حتى تصل الى ٠.٩ ٪ للفئات العاملة بالوزارات والجهات الاخرى .

وتتوزع الممرضات فى قطاعات وزارة الصحة على النحو الآتى : القطاع العلاجى ١١٤٠٩ بنسبة ٤٢.٥ ٪ ، وبالقطاع القروى ٧٧١٢ بنسبة ٢٨.٧٪ ، وبالقطاع الوقائى ٦٨٦٧ بنسبة ٢٥.٦٪ ، اما بقية عدد ممرضات وزارة الصحة وهو ٨٥٢ ممرضة بنسبة ٣.٢٪ فمنهن العاملات بالقطاعات الأخرى ، ويشمل بعض العاملات بالوظائف القيادية والاشرافية والتدريس .

فئات التمريض : وتنقسم القوى العاملة التمريضية الى المستويات الآتية :

المستوى الأول : ويشمل المرضات المؤهلات تأهيلا عاليا بعد الثانوية العامة ، أى الحاصلات على بكالوريوس التمريض أو خريجات شعبة التمريض بالمعاهد الفنية الصحية .

المستوى الثانى أ : ويشمل الحاصلات على دبلوم او شهادة بعد الاعدادية ، وهن خريجات المدارس الثانوية الفنية للتمريض وخريجات مدارس النظام القديم ، والراهبات .

المستوى الثانى ب : ويشمل المساعدات ، وهن خريجات مدارس مساعدات الممرضات ومساعدات المولدات .

ويبلغ مجموع ممرضات المستوى الأول ٦٦٤ ممرضة بنسبة ١.٩ ٪ من اجمالى الموجود بالجمهورية ، ومجموع ممرضات المستوى الثانى «أ» ٢١٢٨١ بنسبة ٦١.٥ ٪ ، أما مجموع عدد مساعدات الممرضات ومساعدات المولدات من المستوى الثانى « ب » فيبلغ ١٢٦٤٥ بنسبة ٣٦.٦ ٪ .

توزيعها النسبى : ويشير التوزيع النسبى لهذه الفئات حسب قطاعات الخدمة الى مايأتى :

بلغت أعلى نسبة لمرضات المستوى الأول ٧ ٪ من مجموع العاملين بهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية تليها المؤسسة العلاجية بنسبة ٦.٧٪ ثم الجامعات بنسبة ٤.٢ ٪ ، أما أقل نسبة فتوجد فى وزارة الصحة حيث بلغت ١ ٪ .

معدل الممرضات الى الأطباء : بلغ عدد الأطباء البشريين واطباء الأسنان المسجلين بعد عام ١٩٧٨ بوزارة الصحة ٤٤٥١٩ ، فى حين بلغ عدد الممرضات ٥٠٢٣٣ أى أن نسبة الممرضات الى الاطباء تبلغ ١ : ١ تقريبا .

معدل الممرضات الى السكان : بينما وصل معدل الممرضات الى السكان فى بعض الدول الى اكثر من ٤٠ ممرضة لكل ١٠،٠٠٠ ، نجده لا يزيد فى مصر عن ٨.٧٤ لكل ١٠.٠٠٠ ويبلغ اقصاه فى بور سعيد حيث يصل الى ٢٨.٣٥ تليها محافظة البحر الاحمر حيث يصل الى ١٧.٠٥ ثم محافظة السويس اذ يبلغ ١٦.٧١ فالوادى الجديد ١٤.١٨ ثم الاسكندرية ١٣.٠٤ تليها محافظة الاسماعيلية ١٢.٦١ فمحافظة القاهرة ١٢.٣٤ وقد بلغ هذا المعدل ادناه فى : محافظة سوهاج ٤.٠٠ ، تليها محافظة قنا ٣.٤٧ ... مما يوضح سوء توزيع العمالة التمريضية على مستوى المحافظات .

مؤشرات نتائج الدراسة :

ويتضح من نتائج الدراسة عدد من المؤشرات اهمها :

– ان معظم القوى التمريضية تعمل فى وحدات الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة بنسبة تبلغ حوالى ٧٨ ٪ من اجمالى الموجود بالجمهورية ، يعمل منهن فى قطاع الخدمات الوقائية والقروية ما يقرب من ٥٧.٥ ٪ .

– ان نسبة توزيع ممرضات المستوى الأول الى المستوى الثانى غيرمتوازنة اذ وصلت فى هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية الى ٧ ٪ من اجمالى الموجود بها ، تليها المؤسسة العلاجية حيث تبلغ ٦.٧ ٪ ، اما أقل نسبة فتوجد بوزارة الصحة حيث بلغت ١ ٪ من اجمالى الممرضات العاملات بالوزارة .

– لا يوجد توازن – على المستوى القومى – بين نسبة الممرضات من خريجات معاهد التمريض وخريجات مدارس التمريض ، اذ تبلغ ١:١٧ بينما المفروض ان تكون ١ : ٥ ويوضح هذا الواقع اسباب النقص الشديد فى القيادات والوظائف الاشرافية ، وهى نوعية لازمة للاشراف على المستويات الأدنى وتدريبها وتعليمها .

– تشير المقارنة بين عدد الاطباء والممرضات بوزارة الصحة ، الى عدم التوازن بين النوعيتين ، اذ المفروض ان تزيد نسبة الممرضات الى الاطباء ، على اساس ان خدمات الرعاية الصحية يقوم بها : المساعدون الفنيون والممرضات يليهن الأطباء فى تدرج هرمى مناسب ، تبعا

للاحتياجات الصحية والموارد المتاحة .

واذا استمر المعدل الحالى للتخريج وهو : ٤٥٠٠ فاكثر للأطباء ، ٣٥٠٠ للممرضات فمن المتوقع أن تتزايد نسبة الأطباء الى الممرضات بصفة مستمرة ، مما يؤثر فى كفاءة العمل الصحى .

الاحتياجات اللازم توافرها من القوى العاملة التمريضية حتى عام ٢٠٠٠

أولا : تقدير الزيادة والنقص فى أعداد هيئة التمريض :

من المفروض ان تتوافر ممرضة من المستوى الأول لكل ٥٠٠٠ من السكان ، وممرضة من المستوى الثانى « أ » و « ب » لكل ألف من السكان وعلى هذا الاساس يظهر من واقع بيانات ١٩٧٩ ان هناك نقصا يبلغ ١٢٨٨٢ بالنسبة لمجموع عدد الممرضات .

اما بالنسبة للمحافظة فيتبين من الجدول المبين على الصفحة التالية ان النقص يصل الى ادناه فى محافظة سوهاج اذ يبلغ ١٦٦٠ ممرضة تليها محافظة قنا حيث يبلغ النقص فى اعدادهن الى ١٥٦١ .

اما من ناحية الزيادة فتظهر فى ثمان من المحافظات وهى بالترتيب محافظة بورسعيد وتبلغ فيها الزيادة ٤٥٦ ممرضة ، والاسكندرية بزيادة قدرها ٣٤٨ ، والقاهرة بمقدار ١٨٤ ، والسويس حيث تبلغ الزيادة ٩٩ ممرضة اما المحافظات الاربع الباقية وهى : بنى سويف ، والبحر الأحمر ، والاسماعيلية ، والوادى الجديد ، فتتراوح الزيادة فيها ما بين ٢٠ واربعين ممرضة .

ويلاحظ ان الزيادة فى هذه المحافظات لا تعنى ان هناك اكتفاء فى أعداد الممرضات الحاليات فمحافظة القاهرة لا تكتفى بعلاج سكانها ، بل تعالج بها اعداد كبيرة تفد اليها من مختلف المحافظات ، كما أن محافظتى البحر الأحمر والوادى الجديد تغطيان مساحات شاسعة من الأرض تنتشر فيها وحدات الخدمات الصحية ، مما يؤخذ فى الحسبان دون اعتبار لعدد السكان .

ثانيا : الفروض المستخدمة فى تقدير الاحتياجات :

وقد استخدم فى تقدير الاحتياجات اللازمة من القوى العاملة التمريضية حتى عام ٢٠٠٠ ثلاثة فروض لاسقاطات اعداد السكان وضعت بمعرفة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء فى ١٩٧٩/١٠/٩ مع استبعاد نسبة ٣.٥ ٪ تمثل الموجودين بالخارج .

وفيما يلى عرض لهذه الفروض :

الفرض الأول : ثبات معدل الوفيات حتى عام ٢٠٠٠ ، بالنسبة للوضع القائم عام ١٩٧٥ ، وهو ١٢.٢ فى الألف وقصر الخصوبة على طفلين للأسرة .

الفرض الثانى : ثبات معدل الوفيات على الوجه السابق ، وقصر الخصوبة على ثلاثة اطفال للأسرة .

الفرض الثالث : ثبات معدل الوفيات على الوجه السابق ، وقصر الخصوبة على اربعة اطفال للأسرة .

اما تقدير الاحتياجات على مستوى المحافظات ، فقد استخدم التوزيع النسبى لسكانها عام ١٩٧٩ لتقدير اعداد السكان لسنوات خمسية حتى عام ٢٠٠٠ ، مع افتراض ثبات معدل الهجرة الداخلية .

ثالثا: الاحتياجات اللازم توافرها من القوى العاملة التمريضية حتى عام ٢٠٠٠ :

يوضح الجدول الوارد فى ص ١٥٧ الأعداد اللازم توافرها من افراد هيئة التمريض لسنوات خمسية حتى عام ٢٠٠٠ حسب الفروض الثلاثة للخصوبة ، مع ثبات معدل الوفيات ، وعلى اساس توافر ممرضة من المستوى الأول لكل ٥٠٠٠ من السكان ، وممرضة من المستوى الثانى لكل ١٠٠٠ من السكان .

كما يبتين من هذا الجدول ان اجمالى عدد الممرضات الواجب توافره حتى عام ٢٠٠٠ حسب كل فرض من الفروض الثلاثة على حدة هو :

٦٩٠١٩ ممرضة حسب الفرض الأول .

تقدير الزيادة والنقص فى أعداد هيئة التمريض
لكل محافظة حسب تعداد السكان لعام ١٩٧٩

المحافظة	تعداد السكان لعام ٧٩ بالألف	الاعداد المطلوبة من المستوى الأول	الاعداد المطلوبة من المستوى الثانى	الاجمالى	اعداد الممرضات الموجودين بالخدمة	النقص أو الزيادة
القاهرة	٥٤١٤	١٠٨٣	٥٤١٤	٦٤٩٧	٦٦٨١	+ ١٨٤
اسكندرية	٢٤٦٩	٤٩٤	٢٤٦٩	٢٩٦٣	٣٣١١	+ ٣٤٨
بور سعيد	٢٧٩	٥٦	٢٧٩	٣٣٥	٧٩١	+ ٤٥٦
السويس	٢١٠	٤٢	٢١٠	٢٥٢	٣٥١	+ ٩٩
الاسماعيلية	٣٨٣	٧٧	٣٨٣	٤٦٠	٤٨٣	+ ٢٣
دمياط	٥٩٩	١٢٠	٥٩٩	٧١٩	٥٧٨	- ١٤١
الدقهلية	٢٩٤٢	٥٨٨	٢٩ - ٤٢	٣٥٣٠	٢١٥٥	- ١٣٧٥
الشرقية	٢٨٢٠	٥٦٤	٢٨٢٠	٣٣٨٤	٢٢٦٢	- ١١٢٢
القليوبية	١٨٠٨	٣٦٢	١٨٠٨	٢١٧٠	١٤٦٧	- ٧٠٣
كفر الشيخ	١٥١٢	٣٠٢	١٥١٢	١٨١٤	١٠٩٠	- ٧٢٤
الغربية	٢٤٥٦	٤٩١	٢٤٥٦	٢٩٤٧	٢٧٦٢	- ١٨٥
المنوفية	١٨٣٥	٣٦٧	١٨٣٥	٢٢٠٢	١٥٣٥	- ٦٦٧
البحيرة	٢٧١٩	٥٤٤	٢٧١٩	٣٢٦٣	١٨٣١	- ١٤٣٢
الجيزة	٢٦١٠	٥٢٢	٢٦١٠	٣١٣٢	١٧١٤	- ١٤١٨
بنى سويف	١١٦٩	٢٣٩	١١٩٦	١٤٣٥	١٤٥٧	+ ٤٠
الفيوم	١٢٣٥	٢٤٧	١٢٣٥	١٤٨٢	٩٦١	- ٥٢١
المنيا	٢٢٣٢	٤٤٦	٢٢٣٢	٢٦٧٨	١٣٢٢	- ١٣٥٦
اسيوط	١٨٣٠	٣٦٦	١٨٣٠	٢١٩٦	١٤٥٥	- ٧٤١
سوهاج	٢٠٧١	٤١٥	٢٠٧١	٢٤٩١	٨٣١	- ١١١٠
قنا	١٨٣١	٣٩٦	١٨٣١	٢١٩٧	٦٣٦	- ١٥٦١
اسوان	٦٦٦	١٣٣	٦٦٦	٧٩٩	٣٩٦	- ٤٠٣
مطروح	١٢٨	٢٦	١٢٨	١٥٤	١٢١	- ٣٣
الوادى الجديد	٩١	١٨	٩١	١٠٩	١٢٩	+ ٢٠
البحر الاحمر	٦٠	١٢	٦٠	٧٢	١٠٥	+ ٣٣
سيناء	١٥٩	٣٢	١٥٩	١٩١	١٤٨	+ ٤٣

الاحتياجات اللازم توافرها من هيئة التمريض

حسب الفروض الثلاثة للخصوبة

١٩٨٠ - ٢٠٠٠

فـــــرض الخصوبـــــة	١٩٨٠	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠
الفرض الأول					
تعداد السكان بالألف	٤١٢٠٨	٤٦٢٠٦	٥٠٨١٢	٥٤٦٤١	٥٧٥١٦
المرضات المستوى الأول	٨٢٤٢	٩٢٤١	١٠١٦٥	١٠٩٢٨	١١٥٠٣
المرضات المستوى الثانى	٤١٢٠٨	٤٦٢٠٦	٥٠٨١٢	٥٤٦٤١	٥٧٥١٦
الاجمالى	٤٩٤٥٠	٥٥٤٤٧	٦٠٩٧٧	٦٥٥٦٩	٦٩٠١٩
الفرض الثانى					
تعداد السكان بالألف	٤١٢٠٨	٤٦٦٨١	٥٢٢٠٦	٥٧٦٨١	٦٢٩٧٦
المرضات المستوى الأول	٨٢٤٢	٩٣٣٧	١٠٤٤١	١١٥٣٦	١٢٥٩٦
المرضات المستوى الثانى	٤١٢٠٨	٤٦٦٨١	٥٢٢٠٦	٥٧٦٨١	٦٢٩٧٦
الاجمالى	٤٩٤٥٠	٥٦٠١٨	٦٢٦٤٧	٦٩٢١٧	٧٥٥٧٢
الفرض الثالث					
تعداد السكان بالألف	٤١٢٠٨	٤٧١٤٠	٥٣٦٠٤	٦٠٦٤٤	٦٨٣٨٦
المرضات المستوى الأول	٨٢٤٢	٩٤٢٨	١٠٧٢١	١٢١٣٠	١٣٦٧٧
المرضات المستوى الثانى	٤١٢٠٨	٤٧١٤٠	٥٣٦٠٤	٦٠٦٤٤	٦٨٣٨٦
الاجمالى	٤٩٤٥٠	٥٦٥٦٨	٦٤٣٢٥	٧٢٧٧٤	٨٢٠٦٣

* استبعدت نسبة ٥ . ٣٪ وهم الموجودون خارج الجمهورية

٧٥٥٧٢ ممرضة حسب الفرض الثانى .

٨٢٠٦٣ ممرضة حسب الفرض الثالث .

واذا اخذ فى الاعتبار ان الفرض الثانى – معدل وفيات ١٢.٢ ٪ وخصوبة ثلاثة اطفال للاسرة – هو اكثر الفروض واقعية فان التدرج فى الاعداد الواجب توافرها حتى سنة ٢٠٠٠ ، يظهر على النحو التالى :

تدرج الاحتياجات لسنوات خمسية حتى عام ٢٠٠٠

السنة	الاحتياجات الفعلية	التدرج فى الأعداد الواجب توفرها
١٩٨٠	٤٩٤٥٠	٣٦٠٠٠
١٩٨٥	٥٦٠١٨	٤٦٠٠٠
١٩٩٠	٦٢٦٤٧	٥٦٠٠٠
١٩٩٥	٦٩٢١٧	٦٦٠٠٠
٢٠٠٠	٧٥٥٧٢	٧٥٥٧٢

دلالة البيانات :

وتوضح البيانات والاحصاءات السابقة مجموعة من الدلالات اهمها :

– يتعين تخريج ٢٠٠٠ ممرضة كل عام حتى سنة ٢٠٠٠ لكى نصل الى سد الاحتياجات الفعلية بمعدل ١٢ ممرضة لكل ١٠,٠٠٠ من السكان .

– يمكن الوصول الى معدل ١٤ أو ١٥ أو ١٧ ممرضة لكل ١٠,٠٠٠ عام ٢٠٠٠ ، نظرا لأن عدد خريجات المدارس الثانوية الفنية للتمريض ، يصل حاليا الى ٣٥٠٠ ممرضة .

– ينبغى ان تكون نسبة ممرضات المستوى الاول الى المستوى الثانى ١:٥ ، مما يستدعى الاهتمام باعداد وتدريب الممرضات حسب الاحتياجات الفعلية للخدمات الصحية .

يجب ان تصل نسبة ممرضات المستوى الأول من مجموع عدد الممرضات على المستوى الجمهورية الى ٢٠ ٪ ، بينما هى الآن ٢٪ فقط ويمكن للهيئات والجهات المعنية ان تقوم باعداد وتدريب مجموعات من المستوى الثانى « أ » ثم ضمهن الى المستوى الأول ، حتى يتيسر الوصول الى النسبة المطلوبة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة وما دار فى المجلس من مناقشات يوصى بما يأتى :

أولا : توصيات بمقترحات يمكن تنفيذها من الآن دون أعباء اضافية وفى حدود الامكانات المتاحة :

* الاهتمام بتثقيف طالبات معاهد ومدارس التمريض من النواحى الدينية والاجتماعية مع تدعيم الأنشطة الثقافية والرياضية أثناء مدة الدراسة .

* تكثيف الرعاية الصحية للطالبات والعاملات فى حقل التمريض ، واجراء كشف دورى كل ستة شهور بالنسبة للجميع يثبت فى بطاقة صحية خاصة ، الى جانب عمل بطاقة تأمين صحى لكل منهن ، تسمح بالعلاج والرعاية اثناء المرض والتعويض فى حالة العجز

* العمل على تشكيل اتحاد عام لجميع طالبات مدارس التمريض . وانشاء نقابة لهيئة التمريض تعمل على رفع المستوى العلمى والعملى للمهنة ، على ان تلحق مستقبلا باتحاد نقابات المهن الطبية .

* وضع سلطات محددة لرئيسة هيئة التمريض بالمستشفى تتناسب مع المسئوليات الملقاة عليها حتى تتمكن من اداء عملها واشراك رئيسات الاقسام فى التوجيه والاشراف على الطالبات اثناء الدراسة العملية والنظرية ، على أن تحضر المشتركات اجتماعات دورية مع المسئولين بمدارس التمريض .

* اقامة حفل تكريم كل عام للممرضة المثالية على مستوى الجمهورية ، ومنح الاوسمة للممرضات اللاتى ادين خدمات جليلة اثناء عملهن ، ومنح الجوائز التشجيعية لأوائل الخريجات من أوائل مدارس الممرضات على مستوى المحافظات .

ثانيا : توصيات عامة :

ينبغى العمل على تغيير نظرة المجتمع للممرضة وتشجيع الالتحاق بمدارس ومعاهد التمريض وذلك عن طريق الاجراءات الاتية :

– ان تهتم أجهزة الاعلام بابراز العمل الانسانى الذى تقوم به الممرضة . وبث روح الاحترام والتقدير لرسالة التمريض .

– ان تنظم برامج دعاية سنوية – بمعرفة معاهد ومدارس التمريض والجهات المعنية – للتعريف بمهنة التمريض ، والحوافز والمميزات التى تمنح للممرضات وطالبات معاهد ومدارس التمريض .

– تحسين المستوى المادى والاجتماعى لهيئة التمريض ، وتعويضهن عن الجهود غير العادية وساعات العمل الاضافية مع تحسين ظروف العمل والمعيشة للمغتربات منهن .

ثالثا : فى مجال التخطيط لتوفير الاحتياجات من هيئة التمريض :

* وضع سياسة عامة تحدد الانماط اللازمة من العاملين بالفريق الصحى ، و النسب التى تجب مراعاتها بين فئاته ، مع عدم الاخلال بالتناسب الهرمى اللازم لحسن سير العمل .

* دراسة وتقييم العوامل التى تؤثر فى تقدير الاحتياجات الواقعية فى مجال التمريض كما وكيفا ، ويلزم أن تقوم هيئة او مؤسسة بعمل دراسة لتقدير احتياجاتها من الأعداد اللازمة من كل مستوى من مستويات التمريض ، على ضوء الموجود بها .

مع ربط سياسة تعليم التمريض بالاحتياجات الفعلية للخدمات الصحية على المستوى المحلى

* زيادة عدد معاهد التمريض ، وعدد شعب التمريض بالمعاهد الفنية الصحية وانشاء معهد عال للتمريض بكل جامعة ، لمواجهة النقص فى عدد ممرضات المستوى الأول .

* النظر فى انشاء مدارس أو شعب تمريض للرجال ، لسد النقص فى أعمال التمريض وفى التخصصات التى تستدعى – او يفضل – ان يقوم بها ممرضون من الرجال .

رابعا : فى مجال رفع مستوى التعليم والتدريب :

* الاهتمام باختيار وإعداد الممرضات ، لتحمل المسئوليات المطلوبة منهن ، وتدريبهن اثناء الدراسة فى وحدات الرعاية الصحية الاساسية بالريف والحضر ، وان يقمن بعد التخرج بممارسة التمريض الأساسى فى وحدات الخدمة . على ان يتم التدرج فى وظائف التمريض التخصصى عن طريق التدريب والتعليم المستمر ، الذى يجب ان يشمل جميع المستويات وخاصة فئة مساعدات الممرضات ، وممرضات الثانوى الفنى ، وذلك لإعداد القيادات والمدرسات .

* تطوير المناهج النظرية ، وزيادة الاهتمام ببرامج التدريب العملى داخل المستشفيات ودراسة إمكان العودة الى نظام المبيت فى مدارس التمريض ، مع التوسع فى مجالات الخدمة لممرضات الصحة العامة ، لتشمل كافة احتياجات المجتمع ، مثل :التمريض المنزلى ، ورعاية الطفولة والأمومة .

* انشاء مراكز تدريب للتمريض فى كل محافظة وذلك لتدريب المستجدات ولتحسين مستوى أداء الممرضات العاملات .

* التوسع فى إيفاد البعثات الى الخارج ، سواء كانت بعثات علمية او تدريبية ، مع التوسع فى اشراكهن فى المؤتمرات الدولية والاقليمية ، وذلك للتعرف على الحديث والمتطور فى مجال التمريض .

خامسا : فى مجال تحديد المسئوليات والواجبات :

* قصر عمل الممرضات على خدمات التمريض ، واعفائهن من الأعمال الأخرى مثل : التغذية ، والاعمال الفندقية ، والعهد ، والاعمال المكتبية ويستدعى ذلك وجود جهاز اشرافى حتى تتفرغ الممرضات لعملهن الأساسى .

سياســـــة التغذيـــــة الصحية

تؤثر العوامل الديموجرفية تأثيرا واضحا على الحالة الغذائية للمواطنين ، فارتفاع معدل الزيادة السكانية عن معدل انتاج الغذاء يؤدى ، على مر السنين ، الى نقص الغذاء المتاح للأفراد ، وبالتالى الى انتشار امراض سوء التغذية ، مما يتطلب انتهاج سياسة تنسق بين معدلات الزيادة السكانية ومعدلات الانتاج الغذائى .وقد صاحبت الزيادة السكانية بمصر ، فى الفترة الأخيرة ، متغيرات فى دخول بعض فئات الشعب ، وبخاصة فى أجور العمال الزراعيين والحرفيين والعاملين فى القطاع الخاص ، وهو أمر ترتب عليه ارتفاع معدلات استهلاك هذه الفئات من الغذاء ، فجأة ودون ترشيد ، وصاحب ذلك زيادة أسعار السلع الغذائية المستوردة زيادة كبيرة الأمر الذى يشكل ضغطا متزايدا على الأجهزة التى تعمل على توفير هذه ، الأغذية ويمثل عبئا ضخما تتطلب مواجهته جهودا كبيرة ودراسات جادة مستمرة .

الغذاء الصحى :

يعتبر الغذاء الصحى للمواطنين فى مقدمة الضرورات مع مايتطلبه ذلك من جهود مركزة وأعباء ضخمة نتيجة التزايد المستمر فى عدد السكان ، والتغيرات التى طرأت على المجتمع والغذاء الصحى هو الذى تتوافر فيه الشروط الآتية :

- أن يحتوى على جميع العناصر الغذائية ، أى البروتينات ، والكربوهيدرات ، والليبيدات (الدهون والزيوت) والاملاح المعدنية والفيتامينات .
- ان يكون خاليا من الميكروبات والمواد الضارة بالصحة .
- ان يكون سهل الهضم ، مقبولا لدى المستهلك من حيث الشكل والطعم والرائحة .
- ان يكون بالقدر الذى يحتاجه الفرد فلكل انسان ، تبعا لنوعه وسنه ومهنته وبيئته ، احتياجات معينه من التغذية ، يجب توافرها بما يناسب الدخول المختلفة لكل فئات المجتمع .

ولا شك أن توفير الغذاء الصحى لكافة الطبقات ، يوفر على الدولة كثيرا من الاعباء التى تتمثل فى مقاومة الامراض المختلفة الناشئة عن سؤ التغذية ، والتى تؤثر على نشاط الأفراد وانتاجيتهم .

وجدير بالذكر أن للمستوى الصحى والبيئة المحيطة بالفرد ، أثرا كبيرا على معدل الاستفادة من الغذاء فالمزارع المصرى يتعرض للاصابة بالطفيليات التى تحرمه من الاستفادة الكاملة بمايتناوله من غـذاء ، كما تؤدى الاصابة ببعض الأمراض المعدية الى زيادة الاحتياجات من بعض العناصر الغذائية ، لمعادلة تأثيرالميكروبات وسمومها أو القضاء عليها .

والمرضى ببعض الامراض : كالسكر وارتفاع ضغط الدم ، معاملة خاصة من حيث نوعيات الغذاء الواجب مراعاة توافرها لهؤلاء المرضى ، وتلك الواجب تجنبها .

سياسة التغذية الصحية :

واذا كان توفير الغذاء الصحى هو الهدف الاساسى فان تحقيقه يرتبط بقاعدة أشمل وهى سياسة التغذية الصحية ، التى تحكمها الأبعاد الآتية :

البعد الأول : صحى يتمثل فى الوصول الى مستوى معين من

التغذية ، وفقا للمعايير الصحية المتعارف عليها ، وترجمة ذلك الى مكونات غذائية يستهدف تحقيقها على مراحل .

البعد الثانى : اقتصادى يتعلق بالفجوة الغذائية التى تتزايد بسبب عدم التكافؤ بين انتاج الغذاء محليا والتزايد السريع فى الاستهلاك .

البعد الثالث : اجتماعى يتمثل فى الانماط الاستهلاكية السائدة فى مصر ، وكيفية تغييرها او ترشيدها ، لاحداث نوع من التوازن بين المستهدف فى التغذية على مستوى الفرد ،وما يمكن أن يؤدى الى مواجهة الفجوة الغذائية .

النمط الغذائى فى مصر

تشير البيانات الاحصائية الى ان معدلات غذاء الفرد فى مصرمن البروتين الحيوانى تقل عن مثيلاتها فى الدول الغنية والمتقدمة ، وان معدلات استهلاك بعض الأغذية - مثل الخبز والأرز والسكر - تفوق مثيلاتها فى هذه الدول ، الأمر الذى ادى - بسبب الافراط فى تناولها وهى مصادر كربوهيدراتية مركزة - الى اصابة الفرد بامراض التمثيل الغذائى والتى من اهمها : السمنة وامراض القلب والقناة الهضمية والسكر وغيرها ، وهى امراض تكاد تكون متفشية فى مصر وتؤثر على صحة المواطن المصرى وغيره ، خاصة وان اغلبية المواطنين لا يمارسون الرياضة التى تعتبر نمطا سائدا فى معظم الدول الاوربية . وقد اثبتت الدراسات العلمية ان نسبة الوفاة بين الاشخاص الذين يزداد وزنهم عن المتوسط العادى ترتفع الى ٧٥ ٪ عند مقارنتهم بذوى الوزن المناسب للسن نفسها . كما ثبت انه اذا زاد وزن الشخص ٢٥ ٪ عن المعدل العادى تعرض لأمراض خطيرة مثل : تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم والبول السكرى وبعض امراض القلب .

وتشير بيانات وزارتى الزراعة والتموين الى توافر الاطعمة - من الانتاج المحلى والمستورد - كما ونوعا على مستوى الجمهورية بما يفى احتياجات المواطن المصرى بصفة عامة ، فيماعدا البروتين الحيوانى الذى يتوافر للمواطن منه حوالى ١٠ جم فى اليوم ، وهو قدر يشابه نظيره فى البلاد النامية ويقل كثيرا عما هو متاح للفرد فى البلاد المتقدمة .

وعلى الرغم من ان القيمة الغذائية لما هو متاح من غذاء على مستوى الدولة تغطى احتياجات المواطن اليومية من السعرات (٢٣٩٠) ومن البروتين الكلى (٩٥،٥ جم) ، الا ان انتشار علامات نقص وسوء التغذية تشير الى ان مجرد توافر الغذاء على المستوى القومى لا يعنى بالضرورة ان الفئات ذات الدخل المنخفض قد استهلكت كامل احتياجاتها منه .

وتشير بعض الدراسات التى اجريت للتعرف على انماط الاستهلاك الغذائى على مستوى الأسرة والفرد فى المناطق والفئات المختلفة الى ما يأتى :

- تختلف العادات الغذائية بين سكان الريف عنها بين سكان الحضر بالنسبة لبعض الاطعمة وتتفق معها بالنسبة لاطعمة اخرى وتبدو الاختلافات فى الآتى :

× يتناول ٩٢ ٪ من سكان الحضر الخبز المصنوع من القمح مقابل ٦٧ ٪ من سكان الريف .

× يتناول ٣٢.٢ ٪ من سكان الريف الخبز المصنوع من القمح والذرة مقابل ٧.٧ ٪ من سكان الحضر .

× الخبز المصنوع من الذرة والحلبة يستهلكه بين ٨.٠ ٪ ، ٣.٠ ٪ من سكان الريف والحضر على التوالى .

تزيد نسبة استهلاك العسل الأسود بالريف بينما تزيد نسبة استهلاك المربى بالحضر .

× تزيد نسبة الأسر المستهلكة للحوم المجمدة واللحوم المعلبة والاسماك المجمدة فى الحضر عنها فى الريف فهى على التوالى فى الحضر : ٣،٢٥ ٪ ، ١٥.٨ ٪ ، ٣٣ ٪ وفى الريف : ٣.٦٪ ، ١.٤ ٪ ، ٢١.٦ ٪ .

× يستهلك اللبن الرايب فى الريف (٢٤.٨ ٪) اكثر من الحضـــر (١١٪) والعكس بالنسبة للبن الزبادى والجاف .

اما بالنسبة لعدد مرات الاستهلاك فى الشهر فتشير الدراسة الى ان اكثر الاطعمة شيوعا بالنسبة لعدد مـرات الاستهلاك (اكثر من ٢٥ يوما فى الشهر) هى السكر ، الشاى ، الخبز ، وأقل الاصناف شيوعا (اقل من ٦ ايام فى الشهر) هى اللحوم ، الطيور ، المكرونة ،

البطاطا ، العدس ، البقول فيما عدا الفول . وبالنسبة لاستهلاك الاسرة الغذائى فى ٢٤ ساعة تشير البيانات الى مايأتى :

× تنتشر عادة استهلاك السكر والشاى يوميا بين اكثر من ٩٠٪ من الاسر يلى ذلك استهلاك الخضر الطازجة (٦٧ ٪) والجبن القريش (٥٢٪) .

× تتقارب نسب استهلاك الاسر للبيض واللحوم (٢٢ ٪) بينما تستهلك الاسر الاسماك والطيور بنسبة ١٣ ٪ ، ١٠ ٪ على التوالى .

× وبالنسبة لاستهلاك البقول وهى من المصادر الهامة للبروتين فانه يلاحظ ان الفول ومنتجاته هو صنف البقول الرئيسى ، بينما استهلاك انواع البقول الأخرى مثل اللوبيا والفاصوليا قليل جدا .

× بتحليل القيمة الغذائية لمتوسط الاستهلاك اليومى يتضح ان ما يحصل عليه الفرد من أطعمة يوفر له حوالى ٢٨٤٣ سعرا ، ٨٦.٢ جم بروتين منها ٢٥.١ بروتين حيوانى .

والجدول الآتى يبين القيمة الغذائية لنصيب الفرد اليومى طبقا للبيانات المتوافره من معهد الاقتصاد الزراعى والاحصاء بوزارة الزراعة ومعهد التغذية :

المصدر	السعرات	البروتين الكلى	البروتين الحيوانى	نسبة السعرات من الحبوب
١) الميزان الغذائى لعام ١٩٨٠ (معهد الاقتصاد الزراعى والاحصاء التابع لوزارة الزراعة)	٣٣٩٠	٩٦	١٥	٧٠٪
٢) دراسة النمط الغذائى (معهد التغذية)	٢٨٤٣	٨٦.٢	٢٥.١	٦١.٢

ويمكن تفسير الفرق الذى ظهر فى بيانات الدراسة التى اجراها معهد التغذية الى ان نقص السعرات يرجع الى الفقد الذى يحدث من وقت انتاجها حتى استهلاكها (تخزين / نقل / اسواق / مطبخ) اما زيادة البروتين الحيوانى عما هو وارد فى بيانات الميزان الغذائى فان ذلك قد يرجع الى عامل أو أكثر مما يلى :

أ- عدم توفر بيانات كافية عن كميات اللحوم المذبوحة خارج السلخانة وخاصة فى الريف .

ب - تقديرات مصادر البروتين الحيوانى المنزلية (دواجن / بيض / لحم / لبن / وغيرها) قد تكون اقل من الواقع وكذلك بيانات انتاج القطاع الخاص .

وعلى الرغم من ان الصورة العامة تعتبر مرضية الا ان التحليل الاحصائى للدراسة الميدانية التى اجراها معهد الاغذية على بعض الأسر ، قد أوضح : أن ٣٥.٣ ٪ من الاسر يقل نصيب الفرد فيها من الاحتياجات السعرية عن ٢٠٠ سعر وأن ٢٨.٣٪ من الأسر يتناولون قدرا من السعرات يفوق احتياجاتهم (اكثر من ٣٠٠٠ سعر)

وبالنسبة للبروتين الحيوانى فان ٤٧.٥٪ من الاسر يقل البروتين الحيوانى فى غذائها عن ١٥ جم فى اليوم ، و ٣٥.٧ ٪ من الاسر يزيد البروتين الحيوانى فى غذائها على ٣٠ جم فى اليوم .

ومما سبق يتبين ان ٣٦.٤ ٪ من الاسر تقع فى شريحة الاستهلاك المعقول بالنسبة للسعرات ، وان ١٦.٨ ٪ فقط من الاسر هى التى تتناول غذاء مناسبا من البروتين الحيوانى (من ١٥ الى اقل من ٣٠ جم فى اليوم) الامر الذى يوجب النظر فى انماط الغذاء السائدة فى مصر تدريجيا بهدف تصحيحها وترشيدها وفيما يلى بعض هذه الأنماط :

الخبز :

يعتبر الخبز فى مصر جزءا اساسيا فى الواجبات الغذائية ، برغم احتواء بعض هذه الوجبات على مواد كربوهيدراتية اخرى : كالارز والمكرونة والحلويات ، كما يعتبر استهلاك المصريين للخبز من اسوأ الانماط الغذائية . فى العالم حيث يلقى المستهلك يوميا بارغفة الخبز او اجزائها ، إما لانها تزيد على حاجته اليومية ، او لعدم اقباله عليها

بسبب سوء صناعتها ، وخاصة الوجه الخلفى من الخبز البلدى الذى يعتبر ذا قيمة غذائية كبيرة ، لما به من نسبة عالية من البروتين والالياف والفيتامينات ، أو لعدم رغبته فى أكل اللباب الداخلى ، وبخاصة فى الخبز (الفينو) الذى يمثل اللباب فيه اكثر من ثلثى وزنه .

ولابد فى هذا الصدد من الاهتمام بصناعة الخبز ، والتوسع فى المخابز الآلية والنصف آلية ، لانتاج خبز جيد المواصفات يشجع المواطنين على ترشيد استهلاكه وبالتالى خفض الفاقد منه والذى يقدر بحوالى ٢٥ ٪ .

ومن الانماط الغذائية المنتشرة فى مصر فى مجال استهلاك الخبز ، الاقبال على الخبز الابيض وتفضيله على الخبز الأسمر ، برغم ان الاخير عال فى قيمته الغذائية لارتفاع نسبة الروتين والفيتامينات به ، الأمر الذى يدعو الى الاهتمام بالخبز البلدى الاسمر ، بتحسين طريقة عجنه وتخميره ليصل الى المواطن فى صورة جيدة .

الفول ومنتجاته :

يعتبر الفول من الاغذية الاساسية فى مصر ، وهو من المصادر الهامة للبروتين فى غذاء المواطنين ومن منتجاته الشائعة الاستخدام : الفول المدمس والطعمية .

وتشير بعض الابحاث المحلية والخارجية الى ان لدى بعض الاطفال حساسية للفول ومنتجاته مما يؤدى الى الاصابة ببعض امراض الحساسية الغذائية وهو امر معروف لدى خبراء التغذية ، ولذا فانه ينبغى اجراء بحوث ودراسات ميدانية عن مدى انتشار مرض الحساسية المصاحب لتناول الفول .

الزيوت والدهون :

من الانماط السائدة بين بعض المواطنين استهلاك كميات كبيرة من المواد الدهنية فى الغذاء ، برغم ان ما يحتاجه الجسم منها فى المتوسط لا يجاوز ٥٠ - ٨٠ جم يوميا ويؤدى الافراط فى تناول المواد الدهنية الى التعرض لبعض الامراض ، وبخاصة امراض القلب والشرايين .

وهناك عادات خاطئة فى طريقة غلى الزيوت اكثر من مرة - خصوصا فى المحلات العامة التى تقدم الاطعمة المقلية فى الزيت - تؤدى الى تكوين مركبات كيميائية ذات تاثير سرطانى .

ونظرا لوجود نقص كبير فى انتاج الزيوت فى مصر فانه يلزم التوسع فى انتاج البذور الزيتية من مصادره المتنوعة مثل : الزيتون - عباد الشمس - فول الصويا - الكتان - القرطم - السمسم وغيرها .

الشاى :

من الانماط الغذائية المنتشرة فى مصر استهلاك كميات كبيرة من الشاى بعد تناول الوجبات وعلى فترات متفاوتة اثناء النهار ، وبخاصة الشاى المركز الذى يفضله الكثيرون ولا سيما فى الريف . وقد اثبتت الابحاث ان مايحتويه الشاى من تانينات يقلل استفادة الجسم من الحديد الموجود بمكونات الغذاء مما ادى الى انتشار الانيميا بشكل واضح فى مصر ، حيث تصل نسبة عدم الاستفادة من الحديد الى اكثر من ٤٠ ٪ بسبب الافراط فى تناول الشاى .

السكر والحلويات :

ارتفع استهلاك الفرد من السكر حتى وصل الى حوالى ١٠٠ جرام يوميا ، وصل مع الزيادة المطردة فى تناول الشاى وانتشار مشروبات واطعمة - فى السنوات الاخيرة - تعتمد على السكر : مثل المياه الغازيـــة ، الشربات والمربى والحلوى بانواعها ، وبخاصة فى المواسم والاعياد .

ويؤدى الافراط فى تناول السكريات الى التعرض للبدانة ولمرض البول السكرى ، كما تؤثر تاثيرا سيئا على اسنان الاطفال وعلى الحد من شهيتهم للأكل ، وعدم حصولهم على الاحتياجات الكافية من الغذاء الصحى المناسب .

وبسبب الافراط فى استهلاك السكر اصبح الانتاج المحلى منه لا يغطى الاحتياجات ، واصبح قيمة ما يستورد منه يوازى ما يصدر من

القطن .

تغذية الاطفال والامهات :

ترجع الوفيات بين الاطفال في الأعمار المختلفة اساسا الى سوء التغذية الناجم عن نقص الوعي بالتغذية السليمة وطرقها والاحتياجات الفعلية منها في الاعمار المختلفة .

ونظرا لأن الاطفال والامهات يشكلون نسبة كبيرة من المجتمع ، حوالى ثلثى السكان بجانب انهم يعتبرون من الفئات الحساسة ، فان العناية بتغذية هذه الفئة تستدعى مزيدا من الرعاية والاهتمام .

وقد اوضحت نتائج المسح الصحى فى عامى ١٩٧٨ ، ١٩٨٠ ان هناك نقصا شديدا فى الوعى الصحى فى مجال تغذية الطفل وفطامه .

وتوضح الاحصاءات الخاصة بنمط تغذية الاطفال فى خلال السنوات الثلاث الاولى من العمر ، ان التغذية التكميلية تقدم لنحو ٦٨ ٪ من الاطفال الذين تتراوح اعمارهم بين ٦ ، ١١ شهرا ، وان ٣٫٣ ٪ من الاطفال الذين تقع اعمارهم بين ١٢ ، ٢٣ شهرا يعتمدون فقط فى تغذيتهم على لبن الأم .

وقد تبين من دراسة الحالة الصحية للاطفال ان نسبة انتشار سوء التغذية تزيد فى الحالات التى لا تقدم لهم فيها تغذية تكميلية فى الوقت المناسب ، وفى الحالات التى تستمر فيها الرضاعة الطبيعية بعد سن ٢٤ شهرا .

توفير المياه الصالحة للشرب :

للماء اهمية قصوى من الناحية الغذائية ، لضرورته لكل الانشطة الحيوية والفسيولوجية فى الجسم . ويجب ان يكون الماء المستخدم فى الشرب خاليا مما يمكن ان يسبب الأمراض ، او يحدث اضرارا بصحة الانسان .

وتخضع مياه الشرب فى المدن والقرى التى وصلت اليها المياه النقيـة ، للمعالجة بالكلور بمعرفة محطات مياه الشرب ، كما تؤخذ منها عينات بصفة دورية بمعرفة اجهزة وزارة الصحة ، للفحص الميكروسكوبى والبكتريولوجى والكيماوى والطبيعى .

وقد اثبتت تحليلات وزارة الصحة المعملية ان مياه الشرب على مستوى الجمهورية ، التى اخذت منها عينات من محطات المياه ومن شبكات التوزيع فى سنتى ١٩٨١ / ١٩٨٢ ، توجد بها نسب غير مطابقة للمواصفات الصحية ، مما يتطلب سرعة العمل على رفع مستوى محطات تنقية مياه الشرب وشبكات التوزيع .

النمط الشرائى لدى الجماهير :

يلاحظ أن المواطن فى مصر ، يشترى ويستهلك من الطعام اكثر مما يحتاج مما يربك ميزانيته ، ويؤثر على صحته ، ويتسبب فى مشكلات الفاقد ، ويؤدى الى زيادة الاستيراد. وقد يرجع هذا السلوك الى عوامل خارجة عن ارادته ، منها : وجود الاطعمة فى عبوات كبيرة أو عدم توفرها فى كل الاوقات ، مما يدفعه الى التهافت على شرائها فى وقت توفرها بالسوق وتخزينها بهدف ضمان وجودها عند الحاجة اليها .

ويجب ان تتغير هذه الانماط الغذائية غير السليمة ، وان يرشد هذا السلوك غير الصحيح فى استهلاك الغذاء بالاقناع الذى يكفل تحقيق التغيير المنشود . وفى هذا السبيل يمكن النظر فى انشاء جهاز ارشادى يضم متخصصين فى الطب والتغذية والزراعة والصناعة والاقتصاد والاعلام والتربية والتعليم والتخطيط ، لنشر الثقافة الغذائية والصحية لدى الجماهير ، ابتداء من الاطفال وتلاميذ المدارس (كمواد دراسية) الى العاملين فى الهيئات والمصالح والمصانع وسكان الريف ، مع الاستعانة - لتحقيق هذا الهدف - بجميع وسائل الاعلام والارشاد : كالصحافة والاذاعة والتليفزيون والسينما والمساجد .

المشكلات الغذائية فى مصر

تتركز أهم آثار سوء التغذية بمصر فى تعثر النمو البدنى فى سن الطفولة وما يصحب ذلك من تأثير على التكوين العقلى والنفسى ، وفى انتشار الانيميا بين بعض فئات الشعب .

وتؤدى المشكلات الغذائية ، التى يعانيها المواطن فى مصر الى

احداث المزيد من هذه الاثار المترتبة على سوء التغذية . وتمثل هذه المشكلات فيما يلى :

الفجوة الغذائية :

وبالرغم من توافر الغذاء على المستوى القومى ، فان حوالى ٤٧,٥٪ من المواطنين يقل استهلاكهم من البروتين الحيوانى عن الحد المقبول ، وهو ١٥ جرام فى اليوم .

وبرغم ان جملة الغذاء المتاح للمواطنين فى الوقت الراهن يفى بالاحتياجات على المستوى القومى ، فان ذلك يعتمد على الاستيراد بنسبة كبيرة تتزايد سنويا مع التزايد السكانى المطرد الذى لا يصاحبه زيادة مناسبة فى انتاج الغذاء وهو امر ادى الى وجود فجوة غذائية تتطلب العمل على مواجهتها .

وتعتبر عملية استيراد الغذاء من اخطر المشكلات واصعبها ، ومن ثم يتعين ان تتزايد طاقة قطاع الزراعة على انتاج الغذاء المطلوب للأعداد المتزايدة من المواطنين ، بالاعتماد الى اقصى حد على العلم والتكنولوجيا ، لزيادة الغلة وتوسعة الرقعة الزراعية ، والاستفادة من كل قطرة ماء ، مع التركيز على :

– المحاصيل التى ظهر ان الفجوة الغذائية فيها كبيرة ، مثل القمح والذرة والمحاصيل السكرية ، البقول والمحاصيل الزيتية .

– اللحوم ومنتجاتها ، وخاصة الدواجن والاسماك ، حيث ان امكانات التوسع فى انتاجها اسرع كثيرا من انتاج لحوم الماشية ، فضلا عن انها لاتتطلب مساحات شاسعة من الاراضى الزراعية .

الموقف الغذائى للبروتين فى مصر :

تشير بعض الدراسات الميدانية التى اجريت على عدد من الأسر المصرية الى ان متوسط استهلاك الفرد من البروتين الكلى ، حوالى ٨٦,٢ جم فى اليوم منها : ٢٥,١ بروتين حيوانى بنسبة ٢٩ ٪ وبرغم ان هذا المتوسط لاستهلاك الفرد من البروتين الحيوانى مناسبا الا ان ٤٧,٥ ٪ من عدد الأسر التى شملتها الدراسة يقل فيها نصيب الفرد من البروتين الحيوانى عن ١٥ جم فى اليوم ، الامر الذى يجب معه التركيز فى السنوات المقبلة وحتى سنة ٢٠٠٠ على ما يأتى :

– زيادة الانتاج من اللحوم والأسماك والدواجن والبيض ، خصوصا ان مشروعات تربية وانتاج الاسماك والدواجن يمكن الحصول منه على انتاج سريع ، ولاتحتاج الى مساحات كبيرة من الاراضى الزراعية .

– الحد من الفاقد فى المجازر ، فى أثناء النقل والتخزين ، عن طريق اقامة مجازر اليه تذبح فيها الحيوانات بطريقة صحية ، ثم تعبأ اللحوم وتخزن وتنقل بوسائل تبريد مناسبة تلافيا للفقد والفساد الذى يصيب حاليا نسبة كبيرة من الحيوانات عند الذبح ، وتمكينا من الانتفاع بجميع المخلفات بطريقة صحية يتم تصنيعها على عدة صور .

– توفير وسائل النقل المبردة لنقل الاسماك ، وانشاء الصناعات الكفيلة بحفظها وتجميدها ، وتحويل مخلفاتها الى غذاء للدواجن .

– العمل على استنباط انواع من القمح تحتوى على نسبة أعلى من البروتين .

– دراسة اضافة نسب من المركبات البروتينية الى الخبز فى المخابز الألية التى تشرف عليها الدولة لزيادة قيمته الغذائية .

الفاقد فى الانتاج النباتى والحيوانى

يمثل الفاقد فى الانتاج النباتى والحيوانى نسبة كبيرة تؤدى الى تضخم الفجوة الغذائية ، وبالتالى الى سد العجز عن طريق الاستيراد ، اذ تتعرض الفاكهة والخضر لنسب من الفقد تصل الى مابين ٤٠ ، ٥٠٪ نتيجة لسوء تداولها بدءا من القطف الى التعبئة فالنقل فالتخزين ، كما تتعرض الحبوب والبقول لنسب من الفقد تصل الى مابين ١٠ ، ٢٠ ٪ فى اثناء الحصاد والنقل ، ثم بسبب الحشرات والقوارض فى الشون والمخازن وتتعرض اللحوم والاسماك للفساد والتلف نتيجة لعدم الذبح الصحى ولعدم اتباع الوسائل الحديثة فى النقل والتخزين والتبريد .

ويمكن تلافى هذا الفاقد باتباع وسائل القطف والتعبئة والنقل والتخزين والتبريد المناسبة .

كما يمكن تعبئة المنتجات الغذائية - بكافة انواعها بما فى ذلك الخبز فى عبوات ذات احجام مناسبة ، تتيح المحافظة عليها وعدم تعرضها للفساد ، وتحقق فى الوقت ذاته استهلاكها بالكامل ، دون ترك نسب منها تلقى فى صناديق القمامة .

وتجدر الاشارة الى ان الفاقد فى المنازل يشكل نسبة كبيرة جدا ، لاتقل خطورة عن الفاقد فى اثناء الإعداد أو التصنيع أوالتوزيع وهذا امر يتطلب المزيد من الترشيد الاستهلاكى للمواطنين .

التصنيع الغذائى

يعتبر حفظ الاغذية عن طريق تصنيعها احدى الوسائل الرئيسية للانتفاع الكامل بالمنتجات الزراعية وتوفيرها بطريقة صحية لاطول مدة ممكنة .كما انه يحسن من الصورة الاقتصادية السعرية لكل من المنتج من ناحية والمستهلك من ناحية اخرى ، ولذلك كان الاهتمام بالتصنيع الغذائى وربطه تماما ، بصورة فعالة ومستمرة ، بالانتاج الزراعى الغذائى من اكثر الضرورات الحاحا .

كذلك يجب ان يستهدف التصنيع الغذائى توفير الاغذية الاساسية : الخبز السكر ، الزيوت ، اللحوم ، الاسماك ، الالبان ومنتجاتها . وان يقوم على اسس علمية واقتصادية سليمة لتحقيق اقصى استفادة من الخامات المتاحة ، مع مراقبة دقيقة لكل من جودة المنتجات ورغبات المستهلك مع الربط المستمر بين صورة الانتاج وتنويعه ونفسية الشعب واحتياجاته وامكاناته . وان يرتبط كذلك بالثقافة الغذائية والارشاد الغذائى والترشيد الاستهلاكى .

وللاستفادة الكاملة من المنتجات المصنعة يجب المحافظة عليها من :

- التلف الميكانيكى الناشئ عن كسر الاوانى الزجاجية اوتلف بعض المنتجات الغذائية كالبسكويت .
- التعرض للعوامل الطبيعية كفقد الرطوبة او امتصاصها او فقد الرائحة او اكتساب روائح غريبة .
- التعرض للتغيرات الكيماوية .
- التعرض للتلوث بالاحياء الدقيقة ، كالفطر والخمائر والبكتيريات الضارة الناشئة عن عدم احكام العبوات ، اوعدم تعميقها او بسترتها بالطريقة الصحيحة .

ويمكن التركيز على تصنيع الأغذية الخاصة التى تشمل اغذية الفئات الحساسة واغذية المرضى ، مثل مرضى السكر والسرطان والقلب ، والمصابين بامراض منهكة مثل : السل وحالات سؤ التغذية .

وفى المقام الاول من هذه الاغذية : الاغذية الخاصة بالطفولة والأغذية التكميلية ، اذ ان شخصية الانسان ونموه العقلى وحيويته وصحته ، وانما تكمن فى محتويات غذائه الذى تناوله فى سنى عمره الأولى بعد ولادته ، بل وتعتمد ايضا على النمط الغذائى التى تتبعه الام الحامل .

آثار تلوث الغذاء :

هناك العديد من المواد الكيماوية التى تلوث الغذاء بطريقة مباشرة او غيرمباشرة ، ومن هذه المواد : المبيدات الحشرية والفطرية ومبيدات الحشائش والاسمدة ، والمواد الحافظة والملوثة ، والمواد التى تعطى للحيوانات والدواجن كالهرمونات وغيرها .

وتتركز الجرعات البسيطة فى الجسم الى ان تصل الى حد خطيــــر عند تناول الغذاء الملوث ، سواء اكان مصدره نباتيا او حيوانيا او سمكيا .

وتبذل الدول المتقدمة قصارى جهدها من الاقلال فى المواد التى تضاف للغذاء لتحسين خواصه ، كما ظهر اتجاه قوى لعدم استخدام الكلور فى حفظ مياه الشرب ، لضرره الأمر الذى يتطلب إجراء بحوث محلية على استخدام هذا الغاز وبدائله

ونظرا لتعرض بعض المواد الغذائية كاللحوم والاسماك والدواجن للفساد السريع ، فانه ينبغى متابعة الرقابة الصحية على هذه المواد حتى تصل الى المستهلك سليمة .

ويمكن تجنب آثار التلوث الغذائى باتباع الوسائل الآتية :

– الالتزام بالاحتياطات والتوصيات الخاصة بالوقاية من خطر التسمم بالمبيدات والتى وضعت بالاشتراك بين وزارتى الصحة والزراعة .

– منع القاء مخلفات المصانع فى مياه النيل وكذلك مياه النيل المجارى ، ومياه المصارف بما تحتويه من مخلفات المبيدات الحشرية والفطرية ، لا سيما وان كمية الملوثات الكيماوية الموجودة حاليا فى مياه النيل تسبب كثيرا من الامراض التى تؤثر فى الدورة الدموية .

ومن ثم وجب منع القاء هذه المخلفات فى النهر ، ومعالجتها عند المنبع ، لأن محطات مياه الشرب مصممة للتخلص من الملوثات البيولوجية لا الكيماوية ، و الا وجب أن تضاف مرشحات الكربون ، وهى مرتفعه التكاليف ، فى جميع محطات المياه .

– احكام الرقابة على الاغذية المحلية والمستوردة ، مع توسيع مظلة خدمات الرقابة على سلامة وجودة الأغذية بصورة تستوعب جميع منافذ توزيع الأغذية وبوجه خاص فى الريف الذى يمثل اكثر من ٥٥ ٪ من عدد السكان .

– الزام جميع مراكز انتاج وتصنيع الاغذية باتباع الاشتراطات الصحية المقررة ، واخضاعها للرقابة على خطوط الانتاج او التصنيع .

– تعميم اقامة معامل اقليمية متطورة لفحص الأغذية والبت فى جودتها وسلامتها ، مع تزويدها بالاجهزة والمعدات اللازمة .

– التنسيق بين اعمال الجهات المسئولة عن سلامة وجودة الاغذية ، مثل : وزارتى الصحة والزراعة (الطب البيطرى) والهيئة العامة للرقابة على الواردات والصادرات ، مع تطوير وتحديث القوانين فى مجال الرقابة على الاغذية ، بما يحقق تنفيذها بدقة حرصا على سلامة جمهور المستهلكين .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ما دار حولها من مناقشات وآراء ، وعلى ما اتخذه المجلس فى دورته السابقة من توصيات فى شأن التنمية الريفية ، وما اوصى به المجلس القومى للانتاج فى دوراته السابقة فيما يتصل بالانتاج والاستهلاك والامن الغذائى ، يوصى بماياتى :

أولا : فى مجال برامج التغذية الصحية :

* الاهتمام ببرامج التغذية الصحية عن طريق :

١) الاهتمام بالبرامج الصحية والغذائية للاطفال الرضع والاطفال فى السن المدرسى والحوامل والسيدات المرضعات ، مع وضع برامج مكثفة للتعليم والتربية الغذائية الصحية على كافة المستويات التعليمية والاجتماعية والمهنية للتوعية بالعادات الغذائية الصحية السليمة .

٢) مكافحة الامراض عن طريق اضافة مستحضرات الحديد والفيتامينات الى بعض الاطعمة والتوعية بكافة وسائل الاعلام للحد من استهلاك الشاى الذى يترتب عليه عدم الاستفادة الكامية بمركبات الحديد فى الغذاء ومن ثم التعرض للانيميا .

٣) زيادة الاهتمام ببرامج الوقاية من الاصابة بالطفيليات وتكثيف برامج علاج المصابين بها .

٤) تعميم استخدام مياه الشرب النقية الخالية من الطفيليات والمواد الكيماوية الضارة ، حيث تغطى كافة انحاء الجمهورية بنهاية الخطة الخمسية الحالية (اذ انها لا تغطى حتى الآن الا ٧٠ ٪ تقريبا من السكان) مع وجوب إحكام الرقابة على محطات تنقية مياه الشرب الحالية .

٥) التوسع فى برامج تغذية الجماعات : كطلبة المدارس والجامعات والمصانع للتثبت من وصول المقننات الصحية لأربابها فى صورة سليمة.

٦) الاهتمام بتوفير الاغذية الخاصة بمرضى السكر وضغط الدم وغيرها من الامراض التى تتطلب نظاما غذائيا لفترة طويلة ، وذلك بإدخال صناعة هذه الأغذية الخاصة ضمن خطوط انتاج وحدات المنتجات الغذائية فى القطاعين : العام والخاص .

٧) العناية الجدية بالرقابة على سلامة وجودة الأغذية مع التنسيق بين الاجهزة العاملة فى هذا المجال فى الوقت الحاضر – التى تتبع وزارات متعددة – على ان تكون المسئولية النهائية مستقبلا على عاتق

جهة واحدة . ويقتضى ذلك :

- تعميم انشاء المعامل الاقليمية المتطورة لفحص الاغذية وتدعيمها بالاجهزة والمعدات اللازمة.

- توسيع مظلة خدمات الرقابة على الأغذية بحيث تستوعب جميع منافذ التوزيع ، وبوجه خاص فى الريف .

- وضع ضوابط واجراءات تنفيذية رادعة لالزام مراكز انتاج وتصنيع الاغذية باتباع الاشتراطات الصحية المقررة ، وممارسة الرقابة على خطوط الانتاج او التصنيع لضبط جودة الناتج والالتزام بالمواصفات القياسية .

٨) تشديد الرقابة للالتزام بالاحتياطات والتوصيات الخاصة بالوقاية من خطر التسمم بالمبيدات ، والتى حددتها وزارتا الصحة والزراعة ، ومنع القاء مخلفات المصانع فى مياه النيل ، لما يسببه ذلك من ضرر مباشر على صحة المواطنين .

٩) إحكام الرقابة على الرسائل المستوردة من اللحوم الحية والمذبوحة والمعلبات ومن النباتات واجزائها ، لما تحمله فى كثير من الاحوال من آفات وامراض مضرة بالانسان والحيوان والنبات .

١٠) تغيير العادات الغذائية حتى لا تظل الحبوب هى الغذاء الرئيسى ، وترغيب المواطنين فى زيادة استهلاكهم من المحاصيل النشوية الدرنية كمصدر رخيص للسعرات وزيادة الاستهلاك من البقوليات لتحل تدريجيا محل نسبة من استهلاك الحبوب .

١١) التوعية للحد من بعض العادات السيئة المتفشية كالاسراف فى الطعام وعلى الاخص المواد السكرية والدهنية لما فى ذلك من اضرار صحية كثيرة .

ثانيا : فى مجال تضييق الفجوة بين انتاج الغذاء واستهلاكه : ويتحقق ذلك بما يلى :

١) تنمية الانتاج الزراعى : بالتركيز على تنمية الانتاج الزراعى رأسيا وافقيا للحصول على اعلى انتاج ويتطلب ذلك بوجه خاص :

- العمل على استنباط التقاوى عالية الانتاج ، وخاصة من الحبوب والبقول والمحاصيل السكرية والزيتية وتعتبر مضاعفة الانتاج من القمح والذرة والارز بصفة خاصة هدفا يجب العمل على سرعة تحقيقه .

× التوسع فى الميكنة الزراعية للحصول على انتاج اعلى بتكاليف اقل مع اعفاء الحيوان من العمل ، الامر الذى يتيح الحصول منه على انتاج اوفر من اللحم واللبن .

× تكثيف الانتاج الزراعى وتحميل المحاصيل على بعضها للوصول الى اعلى مساحة محصولية من الرقعة الزراعية الحالية المحدودة .

× الاهتمام ببرامج مقاومة الافات والتوسع فى انتاج الاسمدة .

٢) زيادة الانتاج الحيوانى : لزيادة نصيب الفرد من البروتين الحيوانى الذى يعتبر اقل من الحد الذى توصى به المنظمات العالمية ، ويتطلب وذلك ما يلى :

× التحسين الوراثى للحيوانات المحلية بانتخاب السلالات مرتفعة الانتاجية وتحسين السلالات المحلية بسلالات اجنبيه عاليه الانتاج مع التوسع فى برامج التلقيح الصناعى بما يتيح الحصول على نتائج سريعة فى هذا المجال .

× توفير الرعاية الصحية البيطرية للوقاية والعلاج من الطفيليات والاوبئة .

× مواجهة المشكلات التى تحد من زيادة الانتاج الحيوانى ومنها التشديد فى تجريم ذبح العجول حديثة الولادة اناثا وذكورا اذ يقدر الفاقد منها بنسبة ٣٠٪ .

× بحث ودراسة مشكلة ضعف الاخصاب وأمراض العقم فى الابقار والجاموس والغنم اذ يقدر الفاقد فيها بنسبة ٣٥ - ٤٠ ٪ .

× اعطاء اولوية لتوفير الاعلاف وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الاجنبى على المساهمة فى هذا المجال .

× الاهتمام بالمشروعات التى تستهدف زيادة الانتاج من الاسماك والدواجن والبيض نظرا لأن معامل التحويل الغذائى فيها اعلى من معامل التحويل الغذائى للماشية والاغنام ، ولانها تعطى انتاجا اسرع وافر فى مدة وجيزة .

× العمل على حماية المصايد والبيئات المائية المصرية من التلوث والاهتمام بحماية الدواجن والاسماك من الامراض والاوبئة التى تتعرض لها وتقضى على نسبة كبيرة منها .

التوسع فى حفظ وتصنيع وتبريد وتجميد الدواجن واللحوم والاسماك وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الاجنبى على المساهمة فى هذه المجالات .

٣) التصنيع الغذائى :

× العناية بالتصنيع الغذائى السليم للاستفادة الكاملة من المنتجات الزراعية والحيوانية فى صورة صحية مناسبة على اطول مدى ممكن .

× التوسع فى مشروعات اعداد الوجبات الغذائية الجاهزة التى تناسب الفئات المختلفة من المواطنين للحد من الفاقد فى المواد الغذائيـــة .

× العناية بتصنيع الخبز ، للاقلال من اللباب مع اعطاء رغيف العيش الدراسة العلمية الكافية للوصول به الى افضل وانسب انتاج بمافى ذلك دراسة انسب الاضافات التى تؤدى الى تحسين قيمته الغذائية او بتصنيعه بالشكل الذى يناسب بعض المرضى (كمرضى السكر) .

٤) ترشيد الاستهلاك : ويتم ذلك بوسائل ابرزها ما يلى :

× توجيه البرامج القومية للتوعية والارشاد على كافة مستوياتها للاعلام باهمية هذا الترشيد ، سواء على المستوى القومى أو على المستوى الفردى والعمل على الحد من استهلاك الأصناف التى تزيد متوسطات استهلاكـــا ، الآن على مستوى الصحى كالسكر والخبز وخلافة .

× التركيز فى البرامج الدراسية على توعية الطلاب باهمية التغذية الصحية مع ترشيد الاستهلاك .

× اعادة النظر فى سياسة ربط بعض السلع وتوزيعها بالبطاقات ، والتى تتيح للمواطنين سلعا معينة قد لا يكونون فى حاجة اليها ، مما يؤدى الى خلق انماط جديدة من الاستهلاك .

× تعميم المجازر ، وعرض اجزاء المذبوحات معبأة ، وبذلك تتم الاستفادة الكاملة من الحيوانات المذبوحة فى صورة صحية .

× تعميم المخابز الالية والنصف آليه بما يتيح تعبئة انتاجها فى عبوات مناسبة .

٥) الحد من الفاقد فى المحصولات والمنتجات الغذائية : باتباع الوسائل الاتية :

× تعبئة المواد الغذائية فى عبوات ذات حجم مناسب لاستهلاك الفرد او الاسرة سواء بالنسبة للخضر او الفاكهة او اللحـــــوم ، أو بالنسبة للسوائل كالزيوت التى تفقد منها نسبة كبيرة بسبب نظم تعبئتها الحاليـــة .

× زيادة طاقات التخزين للحبوب ، وطاقات التخزين بالتبريد والتجميد للفواكه والخضر واللحوم والدواجن والاسماك ، اذ ان الطاقات الحالية غير كافية مما يسبب تعرض نسبة كبيرة من هذه المواد للفقد أو الفساد .

× اتباع الوسائل الصحيحة فى القطف والتعبئة والتغليف والنقل والتخزين والتبريد الى ان يتم ادخال الميكنه الزراعية فى هذه الاغراض مع الاسراع فى تحقيق ذلك .

ثالثا : دور البحث العلمى

× وضع سياسة غذائية وتصنيعية واستهلاكية تواكب ما يستحدث فى هذه المجالات ، من خلال برنامج للبحوث ينتهى الى التطبيق ، تحدد

فيه الاحتياجات وخطة العمل ، واعداد القيادات الفنية اللازمة .

× الربط المستمر بين البحث العلمى بشتى مناحيه ، وبين جهات الانتاج وجهات الاستهلاك ، وعلى الاخص فيما يتصل بالآتى :

- تحديث الاصناف وانتاجها .
- تحديث الجودة وتقييمها .
- تحديث التصنيع وتطويره .
- بحوث التكلفة والتشييد .
- تحديث الاستهلاك والانماط الغذائية .
- تطوير التجارة : استيرادا أو تصديرا ، ودراسات للاسواق .

زيادة الاهتمام بالدراسات الصحية الغذائية ، وخاصة فيما يتعلق بالارتباط بين الغذاء وبين صحة المستهلكين ، مع ضرورة تعاون كافة الجهات المعنية لمتابعة ما يأتى :

- الأمراض التى يمكن ان تنتقل خلال الغذاء ووسائل الحد من انتشارها .
- الاهمية الغذائية للاطعمة ومصادرها وبدائلها .
- الامراض والخلل الفسيولوجى الذى يرتبط بسوء او نقص التغذيــة .
- تغذية المجاميع الحساسة مثل الاطفال والحوامل والمراضع وكبار السن بحيث تتناسب التغذية مع حالاتهم .
- مصادرالتلوث الغذائى - الميكروبى وغير الميكروبى - وكيفية التغلب عليها .
- الرقابة الصحية ، والرقابة على الجودة .
- المساهمة فيما يطلب منها من ارشاد غذائى او صحى .
- الافادة من التقدم فى علوم الوراثة والهندسة الوراثية والتربية التى تضاعف الانتاج بالتحسين الوراثى للسلالات والاصناف ، ومن تحسين وسائل وطرق المعاملات الزراعية (تسميد - رى - تخطيط . تعديل طرق الانتاج) التى تؤدى الى انتاج كميات اكبر من نفس المساحة وبنفس التكاليف .
- توجيه العناية الى الدراسات والبحوث الخاصة بانتاج المواد الغذائية بالطرق غير التقليدية ، وخاصة انتاج الغذاء من الكائنات الحية الدقيقة ، مع التركيز على البكتريات والفطريات ، باعتبارها اسرع الكائنات نموا ، واكثر قدرة على انتاج بروتين شبيه بالبروتين الحيوانى .

توصيات عامة :

انشاء مجلس اعلى او جهاز للغذاء والتغذية الصحية ، يتبع مجلس الوزراء تمثل فيه الوزارات والجهات المعنيه ، يختص بالتخطيط والمتابعة والتنسيق فيما يتصل بتوفير الغذاء الصحى والتصنيع الغذائى وضوابط الجوده والرقابة على الاغذية وتتبعه امانه فنيه تتولى القيام بمختلف المهام التى تحقق اهداف المجلس ، وعلى وجه خاص ما يأتى :

- تجميع وتبويب وتنسيق البيانات والاحصاءات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحية : انتاجا واستهلاكا وتوزيعا .
- تحقيق الارتباط بين الهيئات العلمية ومراكز البحوث فى المجالات الخاصة بالغذاء .
- الاعلام والدعوة فى مجال التغذية الصحية ، وترشيد الاستهلاك ، وخاصة فى مراحل التعليم المختلفة ، ومراكز رعاية الامومة والطفولة .
- انشاء معمل مركزى للتحاليل الغذائية تكون مهمته اجراء التحاليل لاكتشاف المواد الضارة بالصحة .
- انشاء قسم لبحوث انتاج رغيف العيش ضمن معهد بحوث التغذية او غيره من المعاهد البحثية ، تكون مهمته القيام بالدراسات الخاصة برغيف العيش من النواحى الغذائية الصحية والتصنيعية والاقتصادية ، بما فى ذلك انتاج انواع معينة من الخبز لمرضى السكر وغيره من الامراض التى تتطلب رعاية خاصة .
- انشاء شركة وطنية لتصنيع أغذية الاطفال والمرضى والفئات

الحساسة ، مع تشجيع الاستثمار المشترك فى هذا المجال بمختلف الحوافز والتسهيلات .

– اعادة النظر فى سياسة الدعم ، فهى من العوامل التى تؤدى الى الاستهلاك ، وبخاصة بالنسبة للخبز والارز والسكر ، وبالتالى تدفع الدولة الى مزيد من الاستيراد ، فضلا عن انها تستغل فى استخدام بعض المواد المدعمة فى غير الاغراض التى خصصت لها .

– ان يكون للتعاونيات الزراعية والانتاجية من ناحية ، والاستهلاكية من ناحية اخرى دور رائد و اساسى فى عملية تضييق الفجوه بين امكاناتنا الحالية وما يجب ان نحققه فى المدى القريب والبعيد من نتائج فى مجال الانتاج والاستهلاك الغذائى .

– تكوين جمعيات تنبثق من التنظيمات النسائية وغيرها للتوعية بالغذاء الصحى ويمكن المبادرة بتكوين « جمعيات للمستهلكين » بالقاهرة والمدن الكبرى .

– زيادة الاهتمام ببرامج تنظيم النسل .

– اعمالا لميثاق التكامل بين مصر والسودان – ولصالح البلدين – ينبغى المبادرة الى تطبيق مضمون هذا الميثاق ، فيما يتصل بالزراعة والانتاج الحيوانى مع اعطاء اولوية لمشروعات تربية الحيوان وانتاج الحبوب الزيتية والبدء بمشروعات محددة تحقق اكتفاء ذاتيا للسودان وفائضا يوجه الى مصر .

سياسة الرعاية الصحية للفم والأسنان

أصبح طب الاسنان – فى العصر الحديث – مجالا واسعا يحتاج الى تقسيمه لعلوم مختلفة تشمل فروعا كثيرة ، يمثل كل منها تخصصا دقيقا ، وظهر فى البلاد المتقدمة اطباء قصروا ممارستهم لمهنة طب الفم والاسنان على تخصص واحد مثل تقويم الاسنان وطب اسنان الاطفال .

ولقد كان لهذا التقدم الملحوظ فى خلال السنوات الاخيرة – سواء فى المجال العلمى او فى مجال الاجهزة والمواد المستخدمة – أثر كبير فى تطوير المهنة وفى طرق علاج أمراض الفم والاسنان .

طب الفم والأسنان فى مصر :

مرت مهنة طب الفم والاسنان فى مصر خلال القرن الماضى وأوائل هذا القرن بنفس الدور الذى مرت به من قبل مهنة الطب ، فقام – الى جانب الأطباء المؤهلين – الأدعياء والمرضون بممارسة الجراحات الصغيرة وظهرت فئة لا تحمل مؤهلات جامعية وتعتمد فى هذا المجال على مجرد الممارسة وكانوا يقومون بخلع الاسنان وتركيب أخرى صناعية بدلها .

وفى عام ١٩٢٥ أنشات الدولة مدرسة لتخريج أطباء الاسنان صارت فرعا من كلية الطب ثم صارت كلية مستقلة تابعة لجامعة القاهرة ، تلتها كليات أخرى فى جامعات :الازهر والاسكندرية وطنطا والمنصورة ، حيث

والبلدان العربية والصديقة .

أمراض الفم والأسنان فى مصر :

تزيد نسبة الاصابة فى الفم والاسنان على ٩٠ ٪ من سكان العالم ، ومن ثم فهى اوسع الامراض انتشارا ، الامر الذى الاهتمام يوجب الاهتمام بعلاجها والعمل على الوقاية منها .

ويمكن تقسيم المسئوليات فى مجال طب الاسنان الى مسئوليات وقائية وأخرى علاجية ثم مسئوليات طوارىء كالالتهابات والالام الحادة المفاجئة والنزيف والحوادث ولا سيما الكسور .

وفيما يلى الوضع القائم فى مصر بالنسبة لكل منها :

أولا : الناحية الوقائية :

ليس هناك أعمال أو أنشطة ذات قيمة فى الوقت الحالى فى مجال الناحية الوقائية ، ويمكن تقسيم الاعمال أو الاجراءات الوقائية فى هذا المجال الى :

الثقافة والدعوة وايقاظ الوعى الصحى :

يكاد الوعى الصحى لطب الاسنان فى مصر يكون منعدما ، الامر الذى يؤدى الى مشكلات صحية تنتهى باعباء اقتصادية ، مما يستلزم أن تمتد الثقافة والدعوة وايقاظ الوعى الصحى فى هذا المجال الى أجهزة الدعوة الصحية ووسائل الاعلام ، التى كثيرا ما تنشر معلومات واعلانات تخالف القواعد الصحية المرعية ، بسبب عدم عرض ما ينشر من خلالها على المتخصصين للنظر فيه سواء من الناحية الطبية أو من ناحية التوجيه القومى ، قبل اجازة نشرها ، أسوة بما يحدث فى ميدان السينما فى بعض البلدان المتقدمة ، حيث يوجب القانون عرض أى مشكلة طبية ترد فى الافلام على اخصائى مسئول ، يتحتم عليه ابداء الرأى العلمى والتوجيه بلا مقابل .

كما يجب التركيز على ترشيد الوعى الصحى والدعائى لطلبة طب الاسنان وللممرضات ولمدرسى التعليم العام ، لأثرهم الفعال فى هذا الميدان علاوة على اقامة أسبوع سنوى لنشر الدعوة الصحية وتوعية الجماهير ، تشرف عليه وزارة الصحة وكليات وجمعيات طب الاسنان ونقابة أطباء الأسنان وشركات الادوية ، وهيئة الصحة العالمية – التى طالما ابدت استعدادها للمعاونة فى هذا السبيل – وذلك بهدف تبصير الجماهير باهمية الوقاية وضرورة المبادرة بالعلاج ، عن طريق المحاضرات والافلام والتمثيليات والكتيبات واللوحات اوالملصقات والمسابقات ذات الجوائز ومشاركة السينما والتليفزيون والاذاعة والصحف ليكون الاسبوع امر محسوسا .

المشروعات والاجراءات الوقائية :

أ- اجراءات الفحص والمسح الصحى الشامل للجمهورية : ويجب التركيز هنا على تلاميذ المدارس وطلبة الجامعات وعمال المصانع ، ولا سيما فى العمر المبكر والمجندين وهناك اجراءات قائمة فى هذاالميدان ، ولكنها تحتاج الى مزيد من الجهد والتخطيط والتمويل ، ثم وضعها فى اطار الخطة الشاملة لعلاج الاسنان وللعلاج الصحى .

ب) الاجراءات الوقائية :

١) عنصر الفلور فى مياه الشرب :

ثبتت أهمية وجود هذا العنصر فى مياه الشرب ، وفى أنواع مختلفة من الاطعمة المتداولة ، كعنصر فعال تتركز أهميته فى فترة تكلس الأسنان ، حيث ان الوضع الذى تتكلس عليه الاسنان لا يتغير باستخدام أى دواء أو غذاء بعد ذلك . على أن وجود الفلور فى تلك المصادر يجب ان يكون بنسب محددة ، حيث تتسبب زيادتها فى ظهور بقع ميناء الأسنان (أى التسمم الفلورى) ، كما أن الاسنان تتعرض للتسوس فى حالة نقصه .

وفى مصر يعتبر ماء النيل مصدر مياه الشرب لأغلبية السكان ، على أن هناك مناطق مختلفة فيها وادى النيل وفى سيناء وفى الصحراء الشرقية والغربية يصاب فيه السكان بتبقع الاسنان بسبب الشرب من مياه آبار مشبعة بعنصر الفلور يزيد عن الحد السوى لتعاطيه . وقد اوضحت البحوث المختلفة – منذ بدأ الاهتمام بالفلور وأثره على الاسنان

اوضحت البحوث المختلفة - منذ بدأ الاهتمام بالفلور وأثره على الاسنان - ان هناك علاقة ثابتة بين وجود الفلور فى مياه الشرب بنسب محددة ، طبيعيا اوصناعيا وبين انخفاض نسبة التسوس فى الاسنان .

والفلور عنصر موجود فى مياه الشرب ، سواء كانت من مياه النيل أو من مياه الآبار ، ويلزم التحكم فى نسبته ، للحصول على أفضل النتائج سواء بزيادة هذه النسبة أو خفضها .

وقد بدأ الاهتمام فى مصر بموضوع اضافة الفلور الى مياه الشرب للوقاية من تسوس الاسنان فى لجنة الشئون الصحية بالمجلس الدائم للخدمات العامة سنة ١٩٥٣ وقدمت بحوث وتوصيات عديدة فى هذا الشأن تعثر تنفيذ ما انتهت اليه برغم قلة تكاليف الاجهزة الحاقنة لمركبات الفلور او فى المواد المطلوب اضافتها ، التى اتضح انها توجد كناتج اضافى فى صناعة السماد ، بصورة تصلح للاستعمال لهذا الغرض .

وفى سنة ١٩٦١ قامت وزارة الصحة بدراسات ميدانية ، مستخدمة طرقا احصائية دولية ، كشفت عن انتشار تسوس الاسنان بالبلاد ، الامر الذى دعاها الى استشارة خبير من هيئة الصحة العالمية ، قام بزيادة ميدانية لمرافق المياه بالجمهورية وكذلك لمصانع شركات الاسمدة ، وهى التى تنتج الفلورينات كنواتج جانبية . وقد اوصى بضرورة اضافة الفلور الى مياه الشرب وقامت هيئة الصحة العالمية بايفاد كيميائى من وزارة الصحة ، ومهندس صحى من مرفق مياه الاسكندرية وكيميائى من شركة السماد بكفر الزيات لاكتساب الخبرات الضرورية لهذاالغرض ، علاوة على استيراد اجهزة الاضافة ، التى تم تركيبها فى سنة ١٩٧٢ بالاسكندرية فى محطة مياه فرق الجراية .

وعلى الرغم من توصيات هيئة الصحة العالمية وقيامها بكل ذلك ، وبرغم توصيات اللجنة الفنية للاسنان بوزارة الصحة ، فلم تتم اضافة الفلور الى مياه الشرب خلال هذه السنوات العشر الاخيرة .

وجدير بالذكر أن اللجنة الفنية للاسنان بوزارة الصحة قد لفتت النظر الى ان بعض مصادر المياه فى مصر تحتوى على النسبة المطلوبة كما ان بعضها يحتوى على نسبة أعلى وأوصت بضرورة المحافظة على نسبة تتراوح بين ٠.٨ الى جزء فى المليون .

وقد وجد الفلور فى مياه الشرب بنسبة تتراوح بين جزء فى المليـون (ملجرام فى اللتر) على حدود الوادى فى اماكن لا تأخذ مصادرها من النيل وبين ١.٦ جزء فى محافظات الشرقية والمنيا واسيوط وكذا الصحراء الغربية .

وقد عاد الاهتمام بموضوع فلورة المياه وصحة الفم فى المؤتمر الثامن والعشرين لهيئة الصحة العالمية سنة ١٩٧٥ ، فتضمن تقرير هذا المؤتمر أن هناك معلومات كافية عن امان وفاعلية الفلور فى الوقاية من تسوس الاسنان ، وقد اهابت هذه بالدول الاعضاء ان يضمنوا الخطة الصحية القومية برامج الوقاية من تسوس الاسنان ، واعتبار هذه البرامج ذات اولوية خاصة .

٢) عنصر الفلور فى الأشربة :

يمكن اضافة الفلور كعامل وقائى - و لا سيما فى الاماكن التى يصعب اضافة الفلور فيها لمياه الشرب - لملح الطعام ولعصارات الفواكه والالبان وغير ذلك وفى حالة اللجوء الى هذه الطريقة يجب بيان ذلك على الملصقات المغلفة لمحتوياتها .

٣) عنصر الفلور فى الأطعمة :

من مصادر الفلور المواد الغذائية التى يكثر تناولها فى جهات مختلفة من البلاد ويمكن عن طريق هذه المواد زيادة كمية الفلور المأخوذة من مصادر طبيعية ، ولا سيما فى تغذية الاطفال .

٤) عنصر الفلور موضوعيا :

والطريق الثالث لاستعمال الفلور لوقاية الاسنان من التسوس تجرى عن طريق دهانات او كسوات خاصة تحتوى على المادة المذكورة ، تكسى بها اسطح الاسنان وفجواتها الطبيعية ، وعلى الخصوص اسنان الاطفال ويبدأ تطبيق ذلك على الاطفال فى عمر محدد ، ثم يمتد حتى يشمل قطاع الاطفال بصورة شاملة فى مختلف الأعمار .

الآثار الجانبية لزيادة نسبة الفلور

تعتبر فترة الطفولة وهى مرحلة تكلس الاسنان مرحلة حرجة اذا ما زادت نسبة الفلور فى الماء او فيما يتناوله الفرد – على وجه العموم – الى النسبة المقررة .

واعلى نسبة تركيز للفلور فى مياه الشرب مسموح بها تقترب من الجزء فى المليون ولا تتعداه ، الا ان اختلاف المواقع ، واختلاف درجات الحرارة والرطوبة ، وما يتتبعها من اختلاف كمية الماء التى يتناولها الفرد على مدار السنة تحدد النسبة المثلى المرغوب فى وجودها فى مياه الشرب .

وقد وجد ان متوسط استهلاك مياه الشرب للبالغين فى جو معتدل يتراوح ما بين ١.٢ لترا الى ١.٦ لترا فى اليوم فاذا ما احتوى الماء على جزء فى المليون من الفلور فان ذلك يعنى ان ما يتناوله الفرد من الفلور فى اليوم يتراوح ما بين ١.٢ الى ١.٦ مليجرام فى اليوم .

وتجاوز تلك النسبة لفترة متصلة يودى الى آثار جانبية أولها ضعف تكلس الاسنان الذى يظهر فى صورة تبقع الاسنان الخفيف اذا تعدت نسبة الفلور فى مياه الشرب جزءا فى المليون .

ثانيا : الناحية العلاجية :

يقوم على النواحى العلاجية لطب الاسنان فى مصر الجهات التالية:

١) وزارة الصحة :

تقوم وزارة الصحة – عن طريق مستشفياتها التى بها عيادات لعلاج الاسنان ، والعيادات المستقلة التابعة لها – بعلاج المواطنين بالمجان ، كما يقوم بعضها بتزويدهم بالاجهزة التعويضية بالفم ، عن طريق معامل خاصة ملحقة بتلك العيادات . وفيما يلى بيان بتلك المستشفيات والعيادات :

- ٢٣١ مستشفى بها عيادات لعلاج الاسنان
- ٢٢٨ وحدة لعلاج الاسنان بالصحة المدرسية .
- ٧٠٧ وحدات علاج اسنان بالقطاع الريفى .
- ٢٦١ مركزا تشمل عيادات الاحياء والمراكز الطبية ومراكز رعاية الطفل والعيادات الشاملة ومراكز البحوث .

وتبلغ جملة ما سبق ١٤٢٧ موقعا يزيد عدد وحدات الاسنان – الكراسى واجهزتها – بها على ١٥١١ ويعمل بها ٢٧٢٠ طبيبا . وهناك ١٤٧٠ طبيبا آخرين فى اعارات او اجازات خارج القطر .

ومن ذلك يتضح ان الاطباء الحكوميين العاملين الذين يؤدون الخدمة العلاجية المجانية فى مصر يمثلون طبيبا لكل ١٥ ألف من السكان ، كما يتضح قلة عدد وحدات الاسنان (الكراسى واجهزة الاسنان) بالنسبة لعدد الاطباء بجانب المآخذ المختلفة على تزويد وإعداد تلك الوحدات .

أماعن التقنيين ومعامل الاسنان فهناك ٥٨ معملا للاسنان يقوم بالعمل فيها ١٨٤ تقنيا وهناك ١٧٦ تقنيا آخرين فى اعارات بالخارج . وعليه يمثل التقنيون العاملون واحدا لكل ١٦٠ الفا من السكان أو واحدا لكل ١٥ من الاطباء .

٢) التأمين الصحى :

تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحى بعلاج اسنان المشتركين فيها ، مقابل رسوم تأمينية ، وقد بلغ حجم خدماتها :

– عدد عيادات طب الاسنان (الكرسى وأجهزة الاسنان)	= ٨٧
– عدد الاطباء المعنيين بالهيئة والعاملين بها	= ١٢٢
– عدد الاطباء المتعاقدين والعاملين بتلك الوحدات	= ٧٨
وبذلك يكون عدد الاطباء العاملين فى تلك الوحدات	٢٠٠
– عدد الاطباء المتعاقدين مع الهيئة من الخارج (عيادات خاصة)	= ١٢٧
– عدد معامل الاسنان	= ٢

ويبين الجدول التالى توزيع تلك الخدمات (عدا الاطباء العاملين من خارج الهيئة) :

	العيادات	الأطباء
القاهرة	١٩	٧٣
الاسكندرية	٣٠	٣٣
الوجه البحرى	٢٢	٥٠
الوجه القبلى	١٦	٤٤
المجموع	٨٧	٢٠٠

ومن ذلك يتضح الاضطراب الكبير وانعدام التوازن بين عدد الاطباء والوحدات التى يعملون بها ، وكذلك عدم اتساق توزيع الوحدات بالجمهورية .

٣) مستشفيات كليات طب الاسنان : فى جامعات القاهرة والأزهر والاسكندرية وطنطا والمنصورة .

٤) مستشفيات القوات المسلحة : وتؤدى خدماتها لافراد هذه القوات وأسرهم .

٥) عيادات المؤسسات والشركات : تقوم بحكم القانون الذى يحتم تقديم الخدمات الطبية باشتراطات خاصة .

٦) العيادات الخاصة : تؤدى خدماتها للجمهور مقابل اتعاب وينبغى تحديد مواصفات خاصة لهذه العيادات من ناحية الموقع والتجمعات والاشتراطات الصحية والنظافة ومستوى المعاونين ، وكذلك من ناحية الاجهزة الضرورية والمواد والتعقيم ، مع ضرورة ترشيد تكاليف العلاج ، والعمل على توفيره لمختلف الفئات بما يتناسب مع دخولهم .

ثالثا : خدمات الطوارىء :

ليس فى مصر – على وجه العموم – خدمة منظمة للطوارىء فى طب الاسنان على مستوى الجمهورية ، غيرأن كلية طب الفم والاسنان فى جامعة القاهرة قد افتتحت اخيرا عيادة مجهزة لهذا الغرض تعمل يوميا أربعا وعشرين ساعة .

وخدمة الطوارىء فى طب الاسنان تشمل الآلام الحادة بالاسنان ، والنزف بعد خلعها ، كما تشمل حالات كسور الفك بسبب الحوادث . ويجب اجراء بحث استطلاعى لتقدير حجم هذه الحالات بهدف انشاء وحدات طوارىء خاصة بها تلحق بوحدات الطوارىء الطبية فى مختلف المحافظات ، تزود باجهزة ومعدات لاسعاف الاساسية ويلحق بها ا و ينتدب لها أطباء يديرون هذه الخدمة ويعملون فى نوبات بتلك الوحدات .

على ان ذلك لا يعنى انشاء عيادات حديثة ، بل الاغلب ان تنشأ تلك الوحدات ضمن الكليات الجامعية او مستشفيات وزارة الصحة على ضوء دراسة اللجنة التى تقوم بالبحث الاستطلاعى الذى سبقت الاشارة اليه .

مجالات وعناصر الخدمات فى طب الاسنان : يمكن حصر ميادين خدمات طب الاسنان وعناصرها فيما يلى :

أ- ميادين أساسية يجب توجيه اهتمام طب الاسنان اليها فى ناحيتيه :

الوقائية والعلاجية وتشمل :

– الحوامل

– الاطفال وتلاميذ المدارس

– طلبة الجامعات والمعاهد العليا .

– العمال

– المجندون

– كبار السن

ب – العناصر البشرية : وتشمل الاطباء والتقنين والمساعدات والمهندسين الطبيين وأفراد السكرتارية وأمناء المخازن فى مجال طب الاسنان وفيما يلى دراسة عن كل من هذه الفئات :

أولا : أطباء الاسنان :

ويمكن تقسيم الاطباء الى الفئات الآتية :

– الاطباء القائمين بالتدريس بالجامعات ومراكز البحوث ومراكز التدريب .

– الاطباء القياديين والاداريين والوقائيين بوزارة الصحة ومختلف

الهيئات .

- الاطباء المعالجين بما فيهم الاطباء غير العاملين بوظائف حكومية.

المعدلات الدولية لاطباء الأسنان :

تشير البيانات المتاحة عن معدلات أطباء الاسنان بالنسبة لعدد السكان فى بعض الدول الى ما يأتى :

- فى السويد تبلغ هذه المعدلات ٨.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- فى الدنمارك تبلغ النسبة ٧.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة .

- فى فنلندا تبلغ النسبة ٦.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- فى الولايات المتحدة الامريكية يوجد ٥.١ طبيب اسنان لكل عشرة آلاف نسمة .

- فى الجزائر تبلغ النسبة ٢،. طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- فى السودان يوجد ١.٠ طبيب اسنان لكل عشرة آلاف نسمة .

وفيما يلى عرض لوضع اطباء الاسنان فى مصر ، ونسبتهم الى عدد السكان ، وما يجب اتخاذه لتوفير العدد اللازم :

- جاء فى تقرير لجنة الشئون الصحية بالمجلس الدائم للخدمات فى ١٠ /١٩٥٥/٤ أن نسبة اطباء الاسنان الى السكان بلغت ١: ٣٧٦٧١ ، كما ان ٧٢ ٪ منهم موزعون لخدمة ٢٠ ٪ من السكان و ٢٨ ٪ فقط يخدمون الـ ٨٠ ٪ الباقين .

- فى أحصاء سنة ١٩٧٩ بلغ عدد اطباء الاسنان فى مصر ٤٦٣١ طبيبا منهم ١٨٤٤ طبيبا بوزارة الصحة (٢١.٢ ٪ منهم يعملون فى الصحة المدرسية و ٣٧.٢٪ يعملون فى الصحة الريفية) ، وكانت نسبة اطباء الاسنان الى السكان ٨٨٣٤:١

- فى سنة ١٩٨١ : بلغ عدد اطباء الاسنان المقيدين فى سجلات النقابة فى مصر ٦١٢٩ طبيبا فى اول يناير ١٩٨١ .

- وكان خريجو كليات طب الاسنان فى مصر سنة ١٩٨٠ (تسجيل اول يناير ١٩٨١) ٨٤١ طبيبا ، وهو نفس معدل السنتين التاليتين . فقد بلغ الاطباء المسجلون فى النقابة (الاطباء المصريون) فى ١٩٨٢/١/١ ٧٠٦٣ طبيبا فى ١٩٨٣/١/١ بلغوا ٧٨١١ طبيبا بزيادة ١٦٨٢ طبيبا عن ١٩٨١/١/١ . أى بزيادة ٨٤١ طبيبا فى المتوسط كل سنة ، وهو ذات عدد الخريجين سنة ١٩٨٠ آخذين فى الاعتبار ان الرقم المذكور يشمل اطباء من غير المصريين يعودون الى بلادهم بعد التخرج .

وفى الصفحة التالية بيان بعدد طلبة كليات طب الاسنان بمصر وخريجيها وأعضاء هيئة التدريس بها سنة ١٩٧٩ - ١٩٨٠ .

ومع مراعاة ان هناك اتجاهات فى جامعتى القاهرة والاسكندرية نحو الحد من عدد المقبولين بهما ، فقد بلغ عدد خريجى جامعة القاهرة ٤١٦ طبيبا سنة ١٩٨١ ثم ٣٤٣ سنة ١٩٨٢ . ومع مراعاة الاتجاه للتوسع فى القبول فى الجامعات الاقليمية وبدء جامعة المنصورة فى تخريج اطباء اسنان فيها ، فانه ينتظر أن يكون عدد اطباء الاسنان المصريين المتخرجين سنويا ٨٤٠ طبيبا ، ليصل سنة ٢٠٠٠ الى ١٦٨٠٠ طبيبا ، اذا اضيفوا الى عدد اطباء الاسنان فى ١٩٨١/١/١ يصل مجموع اطباء الاسنان فى مصر سنة ٢٠٠٠ الى ٢٢٩٢٩ طبيبا ، يهبط مع احتساب معدل التاكل السنوى (٢ ٪) الى ٢٢٤٧٠ طبيبا ، اذا استمر القبول بالمعدل الحالى ، لتكون نسبة الاطباء الى عـــدد السكان (والمقدر بخمسة وستين مليونا) ١ : ٢٨٩٣ .

واذا وصل عدد السكان الى سبعين مليونا فان النسبة تصل الى ٣١١٥:١ ولما كانت هذه النسب تعتبر عالية فانه يجب البدء فورا فى النظر فى تحديد اعداد المقبولين من الطلبة فى كليات طب الاسنان سنويا ، على أن يؤخذ فى الاعتبار الاعداد المطلوبة والمتوقعة للدول العربية والافريقية والصديقة .

ويجب أن يلاحظ عند التخطيط لعدد الخريجين فى الجامعات المختلفة أن تراعى امكاناتها واماكنها فى الجمهورية .

وفى هذا الصدد يلاحظ أن جميع كليات طب الاسنان تقع بالقاهرة والوجه البحرى ويجب توجيه الاهتمام عند انشاء الكليات الجديدة الى اعطاء الاولوية لانشاء كلية لطب الاسنان بجامعة اسيوط لتخدم

بيان بعدد طلبة كليات طب الاسنان بمصر
وخريجيها وأعضاء هيئة التدريس بها سنة ٧٩ - ١٩٨٠

م	الجامعة	عدد الطلبة	عدد الخريجين	عدد أعضاء هيئة التدريس	
				أصلى	منتدب
١	القاهــــرة	٢٠٦٤	٤٦٧	٩٧	٤٣
٢	الاسكندرية	١٠٤٧	٢٦٦	٧٩	٦١
٣	طنطـــــا	٤١٧	٧٧	١٤	٣٤
٤	الازهـــــر	٢١٠	٣١		
٥	المنصورة	١٤٠	...	٣	..
	المجموع	٢٨٧٨	٨٤١	١٩٣	١٣٨ +

محافظات الصعيد ، ولا سيما أنه سبق ان تقرر انشاؤها وارسلت البعثات للخارج من أجل اعداد هيئة التدريس بها ، ثم رئى العدول عن ذلك ووزع المبعوثون على جامعتي : القاهرة والاسكندرية .

وتأخير اتخاذ هذا الاجراء يعنى انفاقا بلاعائد ، وتخريج عدد غير مطلوب من الاطباء فى وقت يلزم فيه ما يأتى :

- التركيز على تخريج مستوى أعلى من الاطباء المدربين .

- توجيه الموازنة الى تزويد الاطباء بالمعدات اللازمة للخدمة وهى بالغة التكلفة .

- توجيه الاهتمام الى النهوض ببرامج تعليم وتدريب واعداد اطباء الاسنان .

- هذا ويعانى الطلبة الذين يوجهون لدراسة طب الاسنان مشكلات تنحصر فى :

- اسلوب انتقاء الطلبة فى هذا الميدان : حيث يتم بناء على ترشيحات مكتب تنسيق القبول للجامعات ، بناء على مجموع درجات الامتحان النهائى للشهادة الثانوية ، وهو أمر لا يتيح اجتذاب الأفضل فى مجال طب الاسنان .

- قصور مستوى التدريب فى مرحلة الدراسة : ان برامج التعليم الحالية ليست قاصرة عن تخريج اطباء اسنان على درجة كافية من العلم ولكن المشكلة الاساسية فى مصر هى قصور مستوى التدريب ، ولذلك أسباب واضحة اهمها :

ضيق المعامل ونقص اجهزتها وقلة العيادات وقلة كراسى العلاج بالنسبة للطلبة والدارسين بالدراسات العليا فى طب الاسنان .

- عدم اتاحة استمرار التعليم : اذ لا توجد خطة ثابتة لاستمرار التعليم الاكاديمى من جهة والتدريب العملى للاطباء بعد تخرجهم من جهة اخرى ، وهما أمران لازمان للنهوض بالخدمة الطبية فى هذا المجال على الوجه المرضى .

وعلى ضوء ما سبق يجب :

- ايفاد الاطباء فى المستشفيات العلاجية والمؤسسات بصفة دورية منتظمة لحضور برامج خاصة توضع بهدف تزويدهم بكل مستحدث فى العلم وتدريبهم على كل الطرق الجديدة ، علاوة على تشجيع الراغبين منهم للحصول على درجات جامعية فى تخصصاتهم ، مع ايفاد القياديين والمتفوقين منهم الى الخارج للاتصال المباشر والاطلاع على مستوى ارتقاء وطرق تقديم الخدمة الطبية فى مجال طب الأسنان .

- النظر فى اخضاع مدة صلاحية ترخيص مزاولة الطبيب للمهنة طبقا لما يلى :

× إما حضور مقررات خاصة بصفة دورية ، لا تزيد على سبع سنوات لحضور دراسات اكاديمية واكلينيكية تنظمها الجامعات المختلفة كما يحدث فى الكتلة الشرقية .

× أو حضور مقررات يختارها الطبيب ، سواء منها ما تنظمه الجامعات او الجمعية الطبية ، وحصوله على مايثبت ذلك الحضور بشكل مرض ، كما يحدث الآن فى الولايات المتحدة .

كذلك يجب تنشيط عضوية الاطباء بالجمعيات الطبية ، وتشجيعهم بكل الوسائل على حضور المؤتمرات العلمية ، سواء فى مصر او فى الخارج ، وكذلك تشجيع تلك الجمعيات على عقد المحاضرات والندوات والمقررات بشكل ميسر ودورى ، علاوة على وجود العناية بتشجيع المجلات العلمية فى طب الاسنان ، وفى تزويد الاطباء بالنشرات الدورية العلمية فى مختلف ميادين التخصص وما يجرى فيها من بحوث ،لا سيما أن الوسط العلمى فى ميادين طب الاسنان فى مصر والبلاد العربية ، ينقصه مجلة دورية مبسطة تعنى بالنواحى الاكلينيكية وبمشكلات الممارسة العامة لتزويد الممارس العام لما يحتاج اليه من بحوث وتعريفه بالجديد في مجال الاجهزة والادوات والمواد والادوية .

الدراسات العليا : هذه الدراسات ضرورية ولازمة فى مجال طب الأسنان لتكوين الباحثين وهيئات التدريس خصوصا بعد تزايد :

. اقبال الدارسين لطب الاسنان ، تبعا للنمو الحضارى والاقتصادى

سواء فى مصر أو فى البلاد العربية الشقيقة والبلاد الافريقية .

. عدد كليات طب الاسنان فى مصر .

. حاجة الجامعات العربية والافريقية الى اساتذة طب الاسنان .

ويعانى طالب الدراسات العليا المبعوث الى الخارج لسد الحاجة المتزايدة لأعضاء هيئة التدريس فى مجال الاسنان صعوبات منها :

× أن القبول فى جامعات الخارج اصبح متعذرا ، ويتطلب الانتظار سنين طويلة .

× مصروفات الدراسة وتكاليف المعيشة فى الخارج مرهقة .

تعرض المبعوثين عموما ، والمبعوثات خصوصا ، لهزات كبيرة ، بسبب اختلاف التقاليد والقيم التى تصدمهم فى مجتمعات الخارج .

وتخفيفا لمعاناة المبعوثين ، وتفاديا لتعرضهم لاغراءات البقاء فى الخارج وهى كثيرة نشأت فكرة اقامة مركز بحوث ودراسات عليا فى طب الاسنان بجامعة القاهرة تكون مهمته :

إعداد وتقديم مقررات عالية التخصص فى الدراسات العليا فى طب الاسنان ، مؤدية الى الدرجات الجامعية التخصصية .

× تدريب الباحثين العلميين فى طب الاسنان فى العالم العربى .

× انشاء برامج مترابطة للبحث العلمى وطرائقه بمعاهد ومراكز طب الأسنان المختلفة فى العالم العربى .

× أعداد مقررات تنشيطية متخصصة وعامة لمدد متفاوته لاطباء الاسنان .

× تقويم برامج تعليم طب الأسنان فى الوطن العربى .

× انشاء مكتبة علمية عالية التخصص فى طب الأسنان وتزويدها بوسائل الايضاح السمعية والبصرية .

وقد وافق مجلس جامعة القاهرة على المشروع فى ٣٠ / ١٢ / ١٩٧٤ ، وعرض على وزراء الصحة العرب ببغداد فى فبراير ١٩٧٥ ، واسهمت منظمة الصحة العالمية بمشورتها وتوصياتها فى شأنه ، الأمر الذى يجدر معه البدء فى انشاء ذلك المركز الحيوى دون تأخير .

والى ان يتم ذلك فانه يتعين التوسع فى الاخذ بنظام الاشراف المشترك ، القنوات الدراسية ، الى جانب البعثات الخارجية التقليدية .

ثانيا : تقنيو طب الاسنان :

فى مصر تقنيون فى طب الاسنان ، منهم المؤهلون ومنهم غير المؤهلين ، وليس من اليسير حصرعددهم او تقييم كفاءتهم ويلزم ان تتراوح نسبتهم الى الاطباء بين ١: ٧ ، ١ : ١٠ الامر الذى يعنى ان المطلوب توفيره منهم فى سنة ٢٠٠٠ سيكون عددا يتراوح بين ١٠٠٠ و ١٥٠٠ تقنى .

وتوجد فى مصر معاهد لإعداد تقنيين على مستوى عال للعمل فى المعامل الملحقة بعيادات ومستشفيات طب الاسنان ، فى تصميم وصنع ترميمات للاسنان المصابة وتعويضات للاسنان المفقودة بناء على مقاسات او طبعات او وصفات تتم بمعرفة الطبيب .

وهناك حاجة ملحة للتوسع فى قبول الطلاب بهذه المعاهد والارتفاع بمستوى خريجيها وذلك بزيادة فترة الدراسة لمدة ثلاث سنوات ، يمكن ان يضاف اليها سنة دراسية للتخصص الدقيق و للاستزادة من الناحية العلمية من أجل الوصول بهم الى مستوى المعاهد العليا ، على أن تكون السنة الدراسية ٣٠ أسبوعا .

ثالثا : مساعدات طب الأسنان :

أن انشاء معهد لتخريج مساعدات مؤهلات لطب الاسنان أصبح الآن ضرورة للارتفاع بمستوى العلاج وخفض تكاليفه .

والغرض من هذا المعهد تخريج فتيات مؤهلات للقيام بالمساعدة فى عيادات طب الأسنان ، يكن على مستوى معين من التعليم والخبرة يمكنهن من حمل شطر من العبء عن طبيب الأسنان ، مما يتيح له استقبال وعلاج عدد اكبر من المرضى ، الامر الذى يؤدى الى الاكتفاء باقل عدد ممكن من الاطباء ، مما يوجب أن يستهدف الوصول بهن الى نسبة مساعدة لكل ٣ اطباء ، أى بما لايقل عن ٣٥٠٠ مساعدة سنة ٢٠٠٠ ، باعتبار أن الاطباء يقومون باعمال غير علاجية .

وتقبل فى المعهد الفتيات الحاصلات على شهادة الدراسة الثانوية ، ومدة الدراسة به سنة دراسية بواقع ٣٥ اسبوعا دراسيا و ٣٠ ساعة دراسة فى الاسبوع .

رابعا : المهندسون الطبيون (فى ميدان طب الأسنان) :

تستدعى الحاجة وجود طبقة من المهندسين المتخصصين فى أجهزة طب الأسنان لصيانة وتطوير وتصنيع هذه الأجهزة محليا ، بدلا من قيام عمال غير مؤهلين من ناحية وغير كافين من ناحية اخرى لهذه المهمة .

وقد افتتحت كليات الهندسة اقساما للهندسة الطبية بدأ أثرها فى الظهور ويحسن ان تنشأ بها شعب متخصصة فى اجهزة طب الاسنان يكون خريجوها خبراء فى تلك الاجهزة من نواحيها الميكانيكية والكهربائية والالكترونية .

ويمكن تقدير العدد المطلوب لهذا الغرض حتى سنة ٢٠٠٠ بنحو ٢٥٠ مهندسا صحيا فى طب الاسنان يتحدد بدقة على ضوء تطور تلك الاجهزة وازديادها ودخول مصر فى مجال تصنيع تلك الاجهزة واحتمال تصديرها للبلاد المجاورة ، وخروج عدد من هؤلاء المهندسين للعمل بالخارج .

خامسا : السكرتارية الطبية والمخزنية :

تحتاج عيادات ومستشفيات طب الأسنان الى فئات من خريجى معاهد السكرتارية يدربون على اجراءات العمل بتلك العيادات بحيث يقومون باستقبال المرضى واستخراج ملفاتهم والتسجيل الطبى ، علاوة على أعمال المخازن ، مع تعريفهم بالمخزونات المختلفة .

وجود مثل هذه الفئة يكفل تحسين الخدمة وسرعتها واتاحة الفرصة للاطباء ولمساعدات طب الاسنان لاداء خدمة اكثر وافضل بدلا من قيامهم حاليا بتلك الاعمال .

ويجدر البدء بتدريب مجموعة - يمكن تقديرها بخمس وعشرين طالبة - من خريجات معاهد السكرتارية سنويا ، بعد اعداد المقررات المناسبة لهن مع الاستعانة بالمقررات الخاصة بتعليم مساعدات طب الاسنان ، وذلك للعمل بمستشفيات ومؤسسات طب الاسنان وشركات تصنيع وتوزيع اجهزة ومواد طب الاسنان ، علاوة على عملهن بالعيادات الخاصة ، وعلى ضوء نتيجة هذه التجربة يمكن تحديد الاعداد المطلوبة منهن حتى سنة ٢٠٠٠ .

الأجهزة والمستلزمات الطبية :

أولا : العناصر الضرورية :

يتطلب نجاح اى مشروع علاجى أو أى برنامج صحى عناصر ضرورية بشأن اجهزته ومستلزماته الطبية وهذه العناصر هى :

- وجود اماكن مناسبة تكفل استخدام هذه الاجهزة بصورة فعالة للعلاج ، وتتيح اماكن الانتظار وحفظ الملفات وأماكن مناسبة للتخزين .

- وجود مراكز صيانة لهذه الاجهزة والمستلزمات .

- قطع غيار كافية لتلك الاجهزة : وقد يسبب نقصها فى بعض المستشفيات اضطراب عدد من الاطباء بينما المفروض أن يعمل الطبيب على أكثر من جهاز من أجل أداء أفضل وأسرع وهو أمر يشير بوضوح الى ضرورة تصنيع كل ما يمكن تصنيعه محليا ، مع رصد الميزانيات اللازمة لذلك سواء لصنع تلك الاجهزة والمعدات أو توفير المواد والادوية والكيماويات .

- وجود قوى بشرية مدربة لصيانة تلك الاجهزة : وذلك بتخريج المهندسين الطبيين اللازمين وفنيى الصيانة المدربين .

ثانيا : تصنيع الاجهزة والادوات والمواد والكيماويات والادوية فى مصر :

الأجهزة اللازمة للعلاج فى مجال طب الاسنان او فى تعليمه من اكثر الاجهزة تكلفة وتعتمد مصر فى توفيرها اعتمادا يكاد يكون كليا على الاستيراد ، سواء من الكتلة الغربية او الشرقية . ومع تزايد انتشار أمراض الاسنان ، ومع تزايد الاقبال على العلاج ، بدأت هذه الاجهزة تشكل عبئا اقتصاديا ، سواء على الدولة أو على الاطباء خاصة وانه

يلزم لاستيرادها تدبير اثمانها بالعملة الحرة .

ومن هنا بدت مشكلة تصنيع تلك الأجهزة امرا ملحا يلزم مواجهته ، خصوصا مع توفر الخبرات ووجود الشركات القادرة على التصنيع ، مما يحقق لها ارباحا تضمنها حاجة السوق لهذه الاجهزة .

ويمكن حصر احتمالات التصنيع ، سواء للأجهزة او الادوات او المواد أو الكيماويات أو الادوية ، فى الجهات الآتية :

– الشركات الاجنبية المتخصصة فى صنع اجهزة طب الاسنان بعد الاتفاق معها على تصنيعها محليا .

– شركات الاستثمار القادرة ماليا على بدء مشروعات جديدة فى هذا المجال .

– شركات الادوية المصرية ، وشركات الادوية القائمة – بالتعاون مع الشركات الاجنبية – حاليا بتصنيع مجموعة من الادوية ، فى مجال طب الاسنان وغيره من التخصصات ، كالمضمضات والغرغرة والمضادات الحيوية والفيتامينات وما الى ذلك .

ويمكن تحديد الاجهزة والادوات والمواد والادوية المرغوب تصنيعها فى مصر مبدئيا فيما يأتى :

الأجهزة :

أ – أجهزة العلاج (وحدات طب الاسنان)

ب – كشافات العمليات .

جـ – اجهزة اشعة الاسنان واجهزة الاشعة البانورامية .

د – اجهزة التعقيم بالماء وبالبخار وبالهواء الساخن ولاشعة .

هـ – اجهزة مسح المقاسات (السرفايد) .

و – افران ازالة الشمع .

ز – مصابيح بنزن او ما يعادلها والمصابيح الكحولية .

الأدوات

أ– المرايا .

ب– المسابر والمناقش والمباسط المختلفة لانواع الاسمنت ومواد الطبعات وسكاكين الشمع المختلفة .

جـ – اوعية طبخ الاكريل .

د– اللوحات البلوريـــة المستعمله فى عجن المواد اللازمة ومواد القياس .

هـ– سلاطين العجن المطاط والبلاستيك .

و – ماسكات افلام الاشعة فى الفم وفى التحميض .

ز– فرن الاسنان .

المواد المستعملة فى طب الأسنان :

أ – القطن الطبى الملفوف (الاصابع) والندف والمقطع .

ب– مواد الجبس سواء للمقاسات أو للصب (ويوجد خامة ممتازة له فى سيناء) .

جـ – مواد قياس الطبعات من الالجينات والمطاط الصناعى وعجائن اكسيد الزنك والبوجينول .

الادوية :

أ– البنج الموضعى (ولا سيما الكاربولات بما يكفى الاستهلاك المحلى) .

ب– انواع المضمضة المختلفة واقراصها (مطهرة ، مضادة للالتهـاب قابضة) .

جـ – معاجين الاسنان الحديثة بما يفى بحاجة البلاد والتطور المنتظر ، ولا سيما المعاجين بالفلور ، تحت رقابة علمية .

د– المضادات الحيوية والفيتامينات وغيرها مما يدخل فى برامج الأدوية الطبية عامة .

الكيماويات :

أ– اكاسيد الزنك .

ب– زيت اليوجنيول او زيت القرنفل .

جـ - انواع ملاط الاكسى فوسفات الاساسية .

د- املاح ومحاليل تحميض وتثبيت افلام الاشعة .

هـ- محاليل التعقيم البارد .

اثاث عيادات ومعامل طب الاسنان :

أ - هياكل وحدات الاسنان (اليونيت) .

بـ- صوانات مواد واجهزة طب الاسنان (الكائنات) الثابتة والمتحركة .

جـ- هياكل كشافات العمليات .

د- كراسى عمليات (المرضى) .

هـ- كراسى الاطباء والمساعدات المتحركة .

و- وحدات تحميض افلام الاشعة .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات فى المجلس يوصى بما يلى :

- اجراء الفحص الشامل لسكان الجمهورية والاسراع فى اعداد البطاقة الصحية التى توضح المساحة الخاصة برعاية الفم والاسنان مع البدء فورا بقطاع الصحة المدرسية وقطاع التأمين الصحى ، وهما قطاعان محدودان وبعد حصرهما يمكن التوسع فى اعداد البطاقة بالنسبة للفئات الاخرى .

- اعادة توزيع الخدمات العلاجية على مستوى الجمهورية بحيث تتوام الخدمات والعيادات وعدد الاطباء مع كثافة السكان وبحيث يراعى ان ينال سكان الريف من الخدمة ما ينال سكان المدن ، ولا سيما مدينة القاهرة والاسكندرية وان توجه عناية كافية لخدمة المناطق الصحراوية ، ولاسيما مناطق سيناء والبحر الاحمر والصحراء الغربية والوادى الجديد .

- وضع خطة سريعة وعاجلة لاصلاح وتشغيل وحدات الاسنان التى لا تعمل بوزارة الصحة لعدم صلاحيتها والتى يبلغ عددها حوالى ١٢٠٠ وحدة واعطاء اولوية متقدمة لهذا الموضوع ، مع اعادة تاثيثها تاثيثا وافيا يزودها بالاجهزة والمعدات اللازمة والادوية ، بحيث لا يقل فيها عدد الكراسى واجهزة الاسنان - بحال من الاحوال - عن عدد الاطباء .

- الاهتمام بصفة عامة بإعداد وحدات الاسنان وتجهيزها بالمعدات والادوات اللازمة لتشغيلها مع التركيز بصفة عاجلة على قطاعى الصحة المدرسية والتأمين الصحى .

- قيام وزارة الصحة بالاشتراك مع الجهات القائمة على مياه الشرب بوضع خريطة تبين نسبة عنصر الفلور فى مياه الشرب على مستوى المحافظات المختلفة تحدد فى ضوئها الاماكن التى تزيد فيها نسبة الفلور وخفض هذه النسبة لتصل الى المعدل الصحى وفلورة المياه فى الاماكن التى تحتاج الى ذلك ، مع التركيز على اهمية فلورة مياه الشرب فى المدارس والمصانع - أسوة بما تم فى بعض الدول الاسيوية - وكذلك فى الجهات التابعة للقوات المسلحة .

- قيام وزارة الصحة بالاشتراك مع وزارة التعليم باستعمال الادهنة الوقائية لاسنان الاطفال وذلك بالاستعانة بالاعداد الفائضة حاليا من اطباء الاسنان .

- إعداد عيادات خاصة لخدمات الطوارىء تعمل يوميا اربعا وعشرين ساعة ، لتكون مستعدة لاستقبال حالات الآلام الحادة والنزف والكسور .

- تخطيط القبول فى كليات طب الاسنان ليتلائم مع الامكانات الجامعية وتحديد حصة كل كلية من الطلبة على نحو ذلك ، على ان يؤخذ فى الاعتبار الأعداد المطلوبة والمتوقعة للدول العربية والافريقيـــة الصديقة .

- تطوير برامج ومناهج التعليم ومستوى التدريب بحيث يوجه الاهتمام نحو الكيف والتطبيق العملى ، سواء بالنسبة للطلبة او

الخريجين أو مستوى الخدمة .

- الاهتمام بانشاء مركز الدراسات العليا وبحوث طب الاسنان - الذى تمت الدراسات الاولى لانشائه - لاهميته الفائقة فى إعداد اعضاء هيئات التدريس بالجامعات على اعلى مستوى ، وفى تولى مهام استمرار الدراسة للاطباء الممارسين .

- الاسراع بانشاء معهد لمساعدات طب الاسنان ، للمعاونة فى تقديم خدمة طبية أفضل ، ولتمكين الاطباء من خدمة عدد أكبر ، الامر الذى يؤدى الى خفض الاعداد اللازمة من اطباء الاسنان .

- التوسع فى اعداد القبول فى شعب تقني معامل الاسنان بمعاهد اعداد الفنيين بما يوفر الاعداد المطلوبة فى هذا المجال .

التأكيد على ضرورة إعداد المهندسين الطبيين فى مجال طب الاسنان ، بما يفى باحتياجات البلاد منهم .

- إنشاء مراكز صيانة اجهزة ومعدات طب الاسنان ، لتفادى تعطل هذه الاجهزة وشراء أجهزة جديدة لتعويضها فى حالة عدم صيانتها ، مما يزيد فى اعباء الدولة وأطباء الاسنان ، الامر الذى يؤدى إلى زيادة تكاليف العلاج .

- تصنيع معدات واجهزة طب الاسنان ومواده وكيماوياته والاثاثات الضرورية له محليا ، نظرا لزيادة الحاجة الى اعداد كميات كبيرة منها مع انتشار أمراض الاسنان وتزايد الاقبال على العلاج ، وتفاديا لعبء استيرادها بالعملة الحرة ويمكن ان يتم ذلك عن طريق :

. التعاقد مع الشركات الاجنبيه - المتخصصة فى صنع هذه الاجهزة - على تصنيعها محليا .

. شركات الاستثمار القادرة ماليا على اقامة مشروعات فى هذا المجال .

. شركات الادوية المصرية التى تقوم حاليا بتصنيع مجموعة من الادوية فى طب الاسنان .

- تدريب بعض خريجات معاهد السكرتارية ، للقيام باعمال السكرتارية الطبية والمخزنية ، للتخفيف عن اطباء الاسنان ومساعدتهم ، الامر الذى يكفل تقديم خدمة أفضل ، ويؤدى الى خفض الاعداد اللازمة من هؤلاء الاطباء ومساعداتهم .

- تنمية الوعى بصحة الفم والاسنان عن طريق تشكيل لجنة من الاطباء واساتذة الجامعات ونقابة اطباء الاسنان ووزارتى الصحة والتعليم واجهزة الاعلام تقوم بوضع برامج التثقيف الصحى والوقائى لافراد الشعب عامة ولطلبة المدارس وعمال المصانع على وجه الخصـــوص .

- تشكيل لجنة دائمة تضم ممثلين لوزارة الصحة وكليات طب الاسنان واكاديمية البحث العلمى ونقابة طب الاسنان وبعض الشخصيات العامة المعنية وذلك لمتابعة تنفيذ التوصيات السابقة وغيرها مما يقتضية عمل اللجنه ، على أن تضع اولويات للتنفيذ تربطها بجدول زمنى وان تحدد الموازنات اللازمة سنويا مع مراجعة واعادة تقويم دورية لتصحيح المسار او تعديله على ضوء نتائج التنفيذ .

تدريب الأطباء

يتزايد عدد الاطباء البشريين فى مصر ، سنة بعد اخرى ، بسبب تعدد كليات الطب اذ بلغ عدد الخريجين عام ١٩٨٣ ، أكثر من خمسة آلاف طبيب كما بلغ مجموع الطلبة المقيدين بكليات الطب ٣٠٦٨٨ طالبـا ، سنة ١٩٨٤/٨٣ .

فضلا عن طلاب الدراسات العليا وعددهم ٨٨٥٤ طبيبا .

ومن المتوقع حسب المعدل الحالى للقبول ، ان يتراوح عدد الخريجين ، حتى عام ٢٠٠٠ ، مابين ٧٠٠٠٠ و٧٥٠٠٠ طبيب .

اما عدد الاطباء الذين يزاولون المهنة فى مصر فعلا فيبلغ حوالى ٤٣٠٠٠ طبيب فى مختلف التخصصات ، أى بمعدل طبيب لكل ١٠٧٠ من السكان . وهو معدل مناسب اذا قورن بنظـيره فى معظم الدول النامية .

ويتبين من ذلك ان مصر لا تعانى فى الوقت الحاضر نقصا فى أعداد الاطباء البشريين بوجه عام ، بينما يتبين النقص فى عدد الاخصائيين ومساعديهم ، اذ يبلغون فى مستشفيات وزارة الصحة ٣١٢٤ طبيبا ، يمثلون ١٦ ٪ من مجموع الاطباء العاملين بالوزارة ووحداتها على مستوى الجمهورية .

أما نسبة الاخصائيين عموما الى مجموع الأطباء فتبلغ ١٥ ٪ ، والمستهدف ان تصل الى ٢٠ ٪ لتتناسب مع احتياجات المجتمع ، وسد النقص فى بعض التخصصات الضرورية مثل الاشعة والتخدير وجراحة العظام ، والامراض العصبية .

ويستدعى الأمر بوجه عام ، رفع مستوى المهارات والخبرات الفنية الاكلينيكية للأطباء من الممارسين العامين أو الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين ، سواء العاملين منهم بالقطاعات الحكومية والعامة أو الاهلية والخاصة ، حتى تساير خبراتهم ومهاراتهم التقدم العلمى الطبى ويستلزم ذلك وضع استراتيجية لتدريب الاطباء تدريبا مستمرا لضمان حسن تأهيل الموجودين منهم حاليا او الذين سيتخرجون مستقبلا ، ليؤدوا رسالتهم فى خدمة المجتمع بكفاءة عالية ورعاية فعالة .

الاوضاع الراهنة للتدريب

يبدأ التدريب الاكلينيكى لطالب الطب ، عادة ، خلال السنوات الثلاث الأخيرة من الدراسة ، فى مستشفيات كليات الطب ، ثم يلتقى بعد تخرجه مباشرة تدريبا آخر لمدة سنة كاملة (سنة الامتياز) يقضيها بالمستشفيات ، ويعتبر هذا التدريب العام جزءا تأهيليا اساسيا مكملا لدراسته بالكلية .

وفى نهاية سنة التدريب العام يكون الطبيب فى مستوى الممارس العام ، وقد ينتقل منه الى تخصص أحد فروع الطب الاكلينيكية أو الى تخصص أكاديمى أو ادارى طبى ولكل منها تدريب خاص يتم على مراحل متصاعدة تكسب الطبيب مستويات أعلى من التأهيل والمهارات والخبرة . وقد يكون هذا التدريب التخصصى جزءا من دراسات عليـا (الماجستير والدكتوراه) ، وقد يكون غير مرتبط بها .

غير ان معظم الأطباء العاملين فى المجال العلاجى لاتواتيهم فرص التدريب الكافية ولا الدراسات العليا ، ويستمرون فى العمل على مستوى الممارس العام ، برغم أن حاجة الطبيب الى التدريب لا تنتهى بنهاية سنة التدريب العام ، بل تستمر طالما ظل يزاول عمله المهنى ، سواء كان

قائما بعمله الوظيفى ، أو فى عيادته الخاصة ، او بعد احالته الى التقاعد وذلك نظرا للتقدم السريع المستمر فى الطب والجراحة وفروعهما ، وفى العلوم الطبية ، وما يستحدث باستمرار من اضافات علمية ، ومن أساليب ووسائل ومعدات طبية للفحص والتشخيص والعلاج .

الجهات التى تقوم بالتدريب :

تسهم فى تدريب الأطباء هيئات وجهات متعددة ، وهى :

– مستشفيات كليات الطب : ويتم فيها كل او جزء من التدريب العام (لاطباء الامتياز) وهو تدريب اكلينيكى ، وكذلك تدريب الاطباء المقيمين المعينين بها واطباء الدراسات العليا فى الفروع الاكلينيكية .

– المستشفيات العامة لوزارة الصحة : سواء بالقاهرة أو بالمحافظات ، ويتم فيها استكمال التدريب العام لأطباء الامتياز كما يتم فيها التدريب للتخصص الاكلينيكى للأطباء الذين يختارون للتعيين فيها أطباء مقيمين .

– المستشفيات والمعاهد التابعه للهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية :

وهى بالقاهرة وبعض المحافظات ، ويتم فيها تدريب عام وتخصصى

– مستشفيات المؤسسة العلاجية والتأمين الصحى : ويتم فيها تدريب اكلينكى لبعض العاملين بها .

– الاكاديمية الطبية العسكرية والمستشفيات التعليمية العسكرية : ويتم فيها تدريب اطباء القوات المسلحة لكل التخصصات .

– وحدات مختارة معينة تابعة لوزارة الصحة بالقاهرة والمحافظات وتقل وحدات رعاية صحية حضرية ، ووحدات رعاية الامومة والطفولة ، ووحدات صحة مدرسية ، ومجموعات صحية ريفية .

ويلحق بها الاطباء الذين سيعملون فى هذه المجالات بعد انتهائهم من التدريب العام ، وعند تعيينهم بهذه الفروع ، للتدريب على الرعاية الصحية الأساسية .

– الندوات والمؤتمرات التى تعقدها الجهات السابقة ، وكذلك الجمعية الطبية المصريه وفروعها بالأقاليم .

الأجهزة القائمة بالتدريب : ويتولى تنفيذ برامج تدريب الأطباء :

– اعضاء هيئات التدريس بمستشفيات كليات الطب : ويقومون بتدريب طلبة كليات الطب فى اثناء دراستهم ، وكذلك تدريب أطباء الامتياز (التدريب العام) وأطباء التخصص ابتداء من مرحلة الطبيب المقيم الى مرحلة دراسة الماجستير ثم الدكتوراه .

– الاخصائيون بمستشفيات أو وحدات وزارة الصحة والهيئات الأخرى : ويقومون بالتدريب كعمل اضافى بجانب عملهم الأصلى .

وسائل التدريب تتركز وسائل التدريب فى المرور الاكلينيكى على المرضى ، وفى المحاضرات أحيانا و قلما يستعان بالوسائل الايضاحية المرئية والصوتية والمطبوعات الدورية بسبب النقص فيها .

أنواع التدريب ومراحله :

يسير التدريب فى مجموعة من المراحل تتم على النحو الآتى :

اولا : تدريب عام لجميع الخريجين :

ويتمثل فى السنة الامتياز التى يقضيها الطبيب بعد التخرج مباشـرة ، وهو تكملة عملية (اكلينيكية) للدراسة شبه النظرية بكليات الطب وبدونه لايسمح للخريج بمزاولة المهنة .

ونظرا لكثرة عدد الخريجين ، فانهم يقضون شطرا من السنة فى مستشفيات كليات الطب ، والشطر الثانى فى مستشفيات وزارة الصحة بالقاهرة وبالمحافظات وذلك طبقا لتنسيق بينهما ، حدده قرار وزير الصحة رقم ١٨٢ لسنة ١٩٧٦ ، وينص على :

– أسماء المستشفيات التى ترتبط بها كل كلية من كليات طب الجمهورية ، ويبلغ عددها جميعا ١٠٩ مستشفى عام ومركزى ، و٥٩ مستشفى ومعهدا نوعيا ، بالقاهرة والأقاليم منها ١٤ مستشفى تبعت بعد ذلك الى الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية .

– ان تحدد كليات الطب الدورات التدريبية للأطباء ، ومدة تدريبهم

بمستشفيات وزارة الصحة وتختلف الجامعات فى ذلك :

فجامعة القاهرة تدرب خريجيها ٨ أشهر بمستشفياتها ، و ٤ أشهر بمستشفيات وزارة الصحة .

وجامعة الأزهر تدرب خريجيها ٤ أشهر بمستشفياتها ، و ٨ أشهر بمستشفيات الوزارة ، وتدرب خريجاتها الطبيبات ٦ أشهر بمستشفياتها ، ٦ أشهر بمستشفيات الوزارة .

أما جامعة عين شمس فقد دربت نصف خريجيها هذا العام لمدة اثنى عشر شهرا بمستشفياتها ، ونصفها الآخر بمستشفيات وزارة الصحة ، وبالنسبة للجامعات الاقليمية ، فأنها تنسق تدريب خريجيها مع مديريات الصحة بالاقاليم فى مستشفياتها طبقا للقرار الوزارى ، دون تدخل الوزارة .

ثانيا : التدريب التخصصى :

ويسير فى ثلاث مراحل :

المرحلة الاولى : ومدتها سنتان يقضيها المتدرب كطبيب مقيم ويكون الملتحقون بها من بين فئتين :

- المتفوقين فى البكالوريوس الذين انتهوا مباشرة من التدريب العام ، واختيروا للعمل اطباء مقيمين بمستشفيات كليات الطب ، ويتخصصون فى أحد الفروع الطبية الاكلينيكية .

- الممارسين العامين (بعد انتهائها فترة التكليف على الأقل ، أى بعد سنة على الأقل من انتهاء التدريب العام) ويقضون تدريبهم الاكلينيكى فى مستشفيات وزارة الصحة بالقاهرة والمحافظات وكذلك بمستشفيات الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية .

وعدد هؤلاء جميعا مرتبط بعدد وظائف الطبيب المقيم الشاغرة بهذه المستشفيات وهى محدودة بالنسبة الى اجمالى عدد الأطباء الذين انتهوا من التدريب العام

المرحلة الثانية : التسجيل للماجستير باحدى كليات الطب وتتم غالبا - اثناء فترة التدريب الاكلينكى السابقة (فترة الطبيب المقيم) ومدة الدراسة بها سنتان :

الأولى منهما لدراسة علوم طبية أساسية .

والثانية للدراسات التخصصية والتدريب فى الفرع الذى يختاره الطبيب ، مع تقديم رسالة فى مادة التخصص وتستغرق نصف السنه الثانية ، وتنتهى هذه المرحلة باختبار .

المرحلة الثالثة : التسجيل للدكتوراه :

ودراستها أعمق من الماجستير وغير مقيدة ببرنامج دراسى معين ، وتكون فى المادة التى سبقت التخصص فيها فى الماجستير ، ويعقد لها اختبار : يسبقه تقديم رسالة تتضمن اضافة للعلم .

ثالثا : التدريب أثناء الخدمة :

ويقوم به أكثر من جهة ، اهمها وزارة الصحة :

وفى هذا التدريب توضع برامج معينة وتكون غالبا قصيرة الأجل ولا يعقبها اختبار ، ويتلقاها الأطباء العاملون فى تخصصاتهم ، وقد يتكرر التدريب على صورة من الصور الآتية :

دورات تدريبية لفترات محددة .

ندوات ومحاضرات .

مؤتمرات طبية .

والجهات التى تقوم بهذا التدريب هى :

- الادارات المعنية بوزارة الصحة ، وفروعها الاقليمية : وتقوم كل ادارة تقريبا بتدريب اطبائها غير تدريبهم عند تعيينهم بها ، وقبل بدئهم العمل .

ومجالات هذا التدريب تشمل :

تدريبا على ما يستجد من طرق علاجية اوتشخيصية أو أجهزة .

تدريبا على مهارات معينة .

تدريبا على الاعمال الادارية المرتبطة بعمل الطبيب .

وقد اختارت الوزارة ٢٥٠ وحدة للتدريب موزعة بمختلف أنحاء الجمهورية ، وتشمل مجموعه صحية بكل مركز ادارى ، وبعض وحدات

رعاية الامومة والطفولة والصحة المدرسية وبعض وحدات الرعاية الصحية الحضرية وزودتها بمكتبات بها مطبوعات بعضها وارد من منظمة الصحة العالمية ، كما أنشأت الوزارة مركزا لتكنولوجيا التعليم سيزود هذه الوحدات بمطبوعات وشرائح لمواد علمية وأشرطة تسجيل .

– الجمعية الطبية المصرية : ويندرج بها ٣٢ شعبة فرعية فى تخصصات اكلينيكية مختلفة ، كما أضيفت اليها هذا العام شعبة للممارسة العامة .

وتعقد الجمعية المصرية ندوات ومحاضرات ومؤتمرات بالقاهرة والاقاليم بالتعاون مع النقابات الفرعية للأطباء ، كما ساهمت فى انشطة طبية مختلفة وفى دراسة موضوعات التعليم الاساسى والمستمــر ، وفى الدراسات العليا الطبية .

– القوات المسلحة حيث تقوم الاكاديمية الطبية العسكرية ومستشفياتها وعياداتها بتدريب اطبائها بكل المستويات وتتعاون معها كليات الطب فى ذلك وفى الدراسات العلياوتعقد ندوات ومحاضرات بمستشفياتها ، وفى بعضها تكون الدعوة عامة للأطباء المدنين وتستعين الاكاديمية سنويا بخبرات من الخارج فى مختلف التخصصـــات .

معوقات التدريب وسلبياته :

ولا يخلو الوضع القائم للتدريب العام والتخصصى من سلبيات ، منها :

× نقص الوسائل التوضيحية : سمعية وبصرية ونقص المجلات الدورية والمطبوعات التى يجب ان تيسر للأعداد الكبيرة من المتدربين للاستفادة من التدريب .

× ضعف حصيلة التدريب الاكلينيكى خلال سنة التدريب العام (سنة الامتياز) أو خلال مراحل التخصص الاكلينيكى .

× لا يتضمن تدريب الطبيب فى كل المستويات السابق ذكرها – ابتداء من فترة تعليمه الطبى الى التدريب العام بعد تخرجه الى التدريب التخصصى – ما يكفى لاكسابه السلوكيات الانسانية المرتبطة بواجبه وبادائه لعمله ، وبمراعاته لآداب مهنته وبعلاقاته بمرضاه وبمجتمعه وبمرءوسية ، وحتى بزملائه برغم أهمية ذلك .

× لاتوجد متابعة للمستويات الفنية المهنية للأطباء العاملين فى غير القطاع الحكومى ، خصوصا أولئك الذين لم يتح لهم تدريب مستمر ، والذين مضى على تخرجهم سنوات طويلة .

وترجع اسباب معوقات وسلبيات التدريب الى ما يأتى :

اولا : بالنسبة للمهارات المهنية الأكلينيكية :

– اختلاف المفاهيم السلوكية السليمة عند بعض القائمين على التدريب والتدريس حاليا عن مثيلتها لدى الاساتذة فى الماضى .

– زيادة عدد الاطباء خلال سنوات التدريب العام والتدريب التخصصى بالنسبة الى عدد الاسرة (جدول رقم ١) ، سواء فى مستشفيات كليات الطب او وزارة الصحة او غيرها ، وكذلك زيادة عددهم بالنسبة الى عدد اعضاء هيئة التدريس بكليات الطب والى عدد الاخصائيين بمستشفيات وزارة الصحة وغيرها ، مما لايتيح للمتدربين فرصا كافية للاستفادة منهم ، ويقلل حصيلتهم من التدريب .

ويلاحظ أن الوقت الذى يخصصه أعضاء هيئات التدريس بكليات الطب والاخصائيون بالمستشفيات ، لتدريب الاطباء ، محدود وغير كاف ، وكذلك الحال بالنسبة لتدريب طلبة كليات الطب أثناء دراستهم الطبية ، كما يلاحظ أن التدرج الهرمى فى تشكيل هيئات التدريس غير منتظم .

– لا تطبق برامج محددة تفصيلية للخبرات والمهارات الاكلينيكية التى يتعين على الطبيب المتدرب اكتسابها فى كل فرع من الفروع الطبية ، برغم أن وزارة الصحة يتعين على الطبيب المقيم اكتساب مهارات معينة فيها .

– لا يوجد تقييم للتدريب الاكلينيكى ذاته ، ولا لما يحصله الطبيب المتدرب فى كل مستويات التدريب .

وبالنسبة لطبيب الامتياز لا توجد برامج للتدريب و لا متابعة لما يحصله اويكتسبه من خبرات ، بل لا توجد متابعة لمدى انتظامه فى التدريب ومدى مواظبته عليه ، اذ لا يوجد تنظيم ادارى مطبق فعلا بهذا الشأن .

– لايرتبط الطبيب بمدرب معين يتولى الاشراف عليه ويكون مسئولا عنه وعن مستوى ما يكتسبه من خبرة ، كما ان المنوط بهم التدريب لايعطونه الوقت ولا الاهتمام الكافى ، ولاتوجد معايير او ضوابط يوكل اليهم التدريب بناء عليها .

– ينحصر التنسيق بين كليات الطب وبين وزارة الصحة او المديريات الصحية بشأن التدريب العام للخريجين ، فى تحديد الدورة التدريبية والفترة الزمنية التى يقضيها الطبيب بكل فرع من الفروع الطبية الاكلينيكية بالمستشفى ،ولا يتناول تحديد عدد معين من الاخصائيين للتدريب ، ولا نسبة معينة من الاسرة لكل متدرب ولا حالات اكلينيكية معينة يجب على المتدرب اكتساب خبرات أو مهارات فيها .

– أما عن الهيئات القائمة بالتدريب فى المستشفيات العامة والمركزيـــة ، أى الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين فيبلغ عددهم فى جميع التخصصات ٢٩٩٤ طبيبا ، أى بنسبة ١.٥ طبيب متخرج الى كل منهـــم ، وبنسبة ١.٣ طبيب مقيم الى كل منهم .

أى أن كل اخصائى أومساعد إخصائى بكل مستشفيات وزارة الصحة بكافة انحاء الجمهورية يقابله ٢.٨ طبيب يدربون بها (من اطباء التدريب العام والأطباء المقيمين) وهى نسبة تسمح بامكان تخصيص ساعتين من وقت الاخصائيين المساعدين فى خلال فترة العمل الصباحية للتدريب ، أو تسمح بتفرغ شطر منهم للتدريب على مدى فترة العمل الصباحية كلها باعتبار أن هذه الفترة طبقا لقانون التوظف العام هى ٦ ساعات .

لكن النسبة العامة السابق ذكرها (نسبة جميع الاطباء بالتدريب الى جميع الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين) ليست متماثله ولا متناسبة فى كل المحافظات .

كما أن النسبة فى كل فرع من الفروع الطبية الاكلينكية تقل أوتزيد عنها (جدول رقم ٣) ، ففى الفـــروع الطبية الاكلينيكية الاساسيـــة (الامراض الباطنية العامة والجراحة العامة) تتراوح النسبة ما بين ١ :١.٣ ، ١ : ١ على التوالى ، كما تتراوح حول ذلك فى فروع أمراض النساء والولادة وأمراض الأطفال وأمراض العيون لكنها تختلف عن ذلك فى الفروع الطبية الاكلينيكية الاخرى ، كما تختلف فى التخصص الاكلينكى الواحد ، من محافظة الى أخرى مما يؤدى الى اختلاف فرص وكفاءة التدريب .

ولاشك أن لذلك كله أثرا سلبيا على معدل أكتساب الطبيب المتدرب للمهارات والخبرات الاكلينيكية .

ثانيا : بالنسبة للسلوكيات الانسانية :

– تخلو برامج التدريب من الجوانب التى تهدف الى اكساب الطبيب المتدرب السلوكيات العالية والقيم الانسانية ، كما أن اختيار أعضاء هيئات التدريس عند تعيينهم لا يأخذ فى الاعتبار الصفات الشخصية لهم ، ومدى اتصافهم بروح التعاون أو الخدمة العامة ، برغم أنهم القدوة التى يتأثر بها الطلبة والأطباء المتدربون ان سلبا أو ايجابا .

– تنوع النشأة الشخصية الاجتماعية للطبيب المتدرب ، و اختلاف مستويات القيم التى تحكم سلوكه ، والمفاهيم الى تحدد له نظرته الى المجتمع وصلته به . وبصفة عامة فان هذه المفاهيم اهتزت كثيرا ، وأصبح من الشائع أن دراسة الطب هى الطريق الى مركز اجتماعى مرموق واثراء سريع ، دون تفكير فى معاناة المرضى ومتاعبهم ، ولن تغير الدراسة الجامعية ، عامة ، من هذه الاوضاع ، الا اذا وضعت برامج هادفة ، تعنى بالحياة الجامعية السليمة ، بما فى ذلك ايجاد صلة اجتماعية بين الطلبة وأعضاء هيئة التدريس والعناية بالنشاط الرياضى والاجتماعى السليم وبنظام الأسر .

كذلك فان سلبية ضعف العنصر التربوى فى التعليم العام ، قبل الالتحاق بالكليات ، يفوت على الطلبة غرس القيم السليمة والمفاهيم الاجتماعية الاصيلة فى نفوسهم .

كما أن النقص فى امكانات ومستلزمات معيشة الطبيب المتدرب بالمستشفيات لا يعطيه القدوة الحسنة فى الحياة الوظيفية العامة ، ولا يعوده على الاهتمام بالنظام كجزء لازم وأساسى فى أدائه لعمله .

استراتيجية تدريب الأطباء

فى ضوء الحاجة القائمة ، والظروف الراهنة ، ونواحى القصور السابق بيانها ، يمكن وضع استراتيجية لتدريب واعداد الأطباء بمختلف مستوياتهم العلمية والعملية تقسم الى ثلاث مراحل :

مرحلة ما قبل البكالوريوس : أى فى إثناء الدراسة بكليات الطب، وهذه المرحلة تتطلب :

× اجراء دراسة تفصيلية مشتركة بين المجلس والمجلس القومى للتعليم والبحث العلمى ، لأوضاع هذه المرحلة .

× تعديل قانون الجامعات فيما يختص بشروط التعيين فى المستويات المختلفة بهيئات التدريس ، بما يكفل ارتفاع مستوى اداء هيئات التدريس بكليات الطب لأعمالهم .

× تدريب الطلبة فى العيادة الخارجية بحيث لا يكون التعليم فيها نظريا ايضا ، بل عمليات لاكتساب المهارات .

مرحلة التدريب العام (طبيب الامتياز) : وتشمل :

الأطباء المتدربين بمستشفيات كليات الطب .

الأطباء المتدربين بمستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية .

مرحلة مابعد الامتياز وتشمل :

الممارسين العامين وأطباء الرعاية الأساسية .

الأطباء المقيمين (بكليات الطب ومستشفيات الوزارة) .

اطباء الدراسات العليا .

وخلال هذه المرحلة يؤدى الأطباء خدماتهم للمجتمع فى احد المواقع التالية :

× كليات الطب .

× القطاع الحكومى ، بما فى ذلك المؤسسات والهيئات الحكومية : كالسكة الحديد والتامين .

× القطاع الأهلى والأطباء فى هذا القطاع غير واقعين تحت أى اشراف جدى لمتابعة مستوياتهم الفنية والمهنية ولكل منهم قدر متفاوت من التدريب المستمر ، وبعضهم لاتواتيه الفرصة لذلك .

ويمكن وضع برامج تدريبية لكل مرحلة ، تستوفى العناصر الثلاثة العامة للتدريب وهى :

. اكساب معلومات

. اكساب مهارات اكلينيكية .

. اكساب سلوكيات انسانية .

اعتبارات وضوابط تنفيذ برامج التدريب

ومن الضرورى بمكان ان يراعى فى تنفيذ برامج التدريب مجموعة من الضوابط والاعتبارات العامة فى مقدمتها ما يلى :

أولا بالنسبة لبرامج التدريب :

من الضرورى أن تكون البرامج الموضوعة للتدريب تفصيلية وذات مواصفات محددة لما يجب على المتدرب تحصيله واكتسابه من مهارات فى كل مرحلة من مراحل التدريب ، ولكل مستوى تخصصى (مستوى الطبيب الامتياز / الطبيب المقيم) .

ويجب أن تؤدى هذه البرامج ، الى ان يصل مستوى الطبيب العلمى والعملى الاكلينيكى ، فى نهاية السنة (الامتياز) وقبل أن يباشر عمله كممارس عام ، الى درجة من الكفاءة العامة (شاملة الأمراض الصدرية – الأمراض المتوطنة – أمراض الأطفال – أمراض النساء – رعاية الأمومة والطفولة – الحميات – أمراض العيون الشائعة والموسمية – حالات الطوارئ والاصابات) .

كما يجب ان يكون المتدرب قادرا على تحديد الفحوص الطبية اللازمة لمرضاه ، وما يمكن اجراؤه فى موقع عمله كممارس عام .

كذلك لابد ان يعرف حدود خبرته وإمكاناته الفنية والحالات التى يستطيع علاجها وتلك التى يجب عليه أن يحيلها الى الأخصائى ، ولا يقوم بعلاجها كحالات الدرن الرئوى مثلا.

ومن المناسب الاقتباس من النظام المتبع بكليات طب الأسنان ، بحيث يخصص لكل طالب بالكلية كراسة يدون بها تفصيل المهارات والخبرات الاكلينيكية التى اكتسبها أولا بأول ، وبالتالى يمكن معرفة وتحديد ما لم تتح له الظروف اكتسابه لإ مكان تداركه مستقبلا .

أما فيما يتعلق بالجانب الآخر من التدريب ، فلا بد من تنسيقه مع وزارة الصحة باعتبارها جهة العمل التى سينتقل اليها أغلب الأطباء بعد تدريبهم العام ، ليمضوا ما لا يقل عن سنة (بأمر التكليف) وتحديد ما تتولاه الادارات والأقسام التابعة لوزارة الصحة ، مثل : ادارات وأقسام الأمراض المتوطنة / الملاريا الصحة الريفية ، فضلا عن تدريبه الادارى بما يمكنه من ادارة الوحدة الصحية وقيادة وتوجيه ومراقبة عمل الفريق المعاون له : (مساعد المعمل / مراقب الصحة / مساعدة الممرضة / مساعدة المولدة والحكيمة ان وجدت) .

ويقتضى ذلك :

× أن يتدرب الطبيب عمليا على القيام بنفسه بالأعمال التى يؤديها للمرضى وللهيئة ذاتها وللمجتمع بما يمكنه من الاشراف عليهم وتوجيههم واكتشاف اخطائهم المهنية ان وجدت ، وتصحيحها .

ان تكون لديه المقدرة على التصرف تجاه المشكلات التى تواجهه أو الطارئة ، وأن لا يقف سلبيا تجاهها او يتركها لمرؤسيه للتصرف فيهـــا .

ومن الأهمية - أن يجد الطبيب المتدرب - فى مدربه سواء فى مستشفيات كليات الطب أو فى ادارات وزارة الصحة القدوة فى الالتزام بالنظام والمواعيد ، ودقة العمل وأن يجد فى سلوكهم ما يلزمه بأساسيات العلاقات الانسانية وبآداب وقوانين المهنة وسلوكها القويم .

كذلك فان الأمر يتطلب : تحديد مسئول عن التدريب فى كل من : مستشفيات كليات الطب ، ومستشفيات وزارة الصحة التى يتم فيها التدريب ، على أن يتفرغ له ، ويكون من اختصاصه :

× وضع الضوابط لحسن سير التدريب وفقــــا للمنهج الموضـــــوع . مراجعة نظم وبرامج التدريب باستمرار على ضوء نتيجة التطبيق العملى القائم من ناحية ، وعلى ضوء ما يستجد فى علوم الطب من ناحية اخرى .

× الاستعانة بلجان من اساتذة الكلية ، ان اقتضى الأمر ، لتعديل المناهج والبرامج التفصيلية للمهارات الفنية المطلوب اكسابها للمتدرب فى المستويات المختلفة .

× التنسيق بين كلية الطب ووزارة الصحة فى شئون التدريب .

وبالنسبة لكليات الطب الاقليمية ، يتعين أن تكون على اتصال بوزارة الصحة (المركزية) لتتلقى منها البرامج التى انتهت اليها مع كليات الطب الأخرى بالقاهرة وذلك لايجاد نوع من التنسيق فى مستويات التدريب على المستوى القومى .

وسائل حسن سير التدريب وجديته :

وينبغى أن يحاط التدريب بالضمانات التى تكفل حسن سيره وجديتـه ، وأن تتخذ الوسائل التى تكفل نجاحه وتحقيق الأهداف المرجوة منه ، ومن ذلك :

- تهيئة الظروف اللائقة للمتدرب ، وكذلك جو العمل الهادىء المتعـــاون ، ومما يساعد على هذا اشراف احد أعضاء هيئة التدريس على ذلك واعطاؤه سلطات ادارية ومالية لاستيفاء المتطلبات .

- تقييم عمل الطبيب المتدرب أثناء السنة التدريبية او السنتين التدريبيتين ، وكذلك فى نهاية فترة التدريب ، على أن يؤخذ فى الاعتبار سلوكياته - المواظبة والالتزام بالأصول الفنية فى عمله - التعاون مع زملائه - علاقاته مع الجهاز البشرى المعاون - علاقاته الانسانية مع المرضى والاهتمام بهم .

- ان تربط وزارة الصحة ترقية الطبيب من اخصائى الى رئيس

قسم بالتدريب ومدى استفادة الاخصائى من هذا التدريب .

- الزام الاخصائيين ومساعديهم بوزارة الصحة بحضور دورة تدريسية تدريبية بعد حوالى عشرة أعوام من حصولهم على الدبلوم ، على ان يحكم تنظيمها حتى تحقق الدورة هدفها ، ويمكن ايفاد بعضهم من ذوى الاستعداد الطيب الى بعض الأوساط العلمية فى الخارج حسب نظام معين .

- التوسع فى توزيع الاطباء الامتياز على سائر المستشفيات العامة والمركزية بعد تعزيزها بالامكانات والاخصائيين وعدم الموافقة على نقل الطبيب الامتياز - بعد توزيعه - من مستشفى لأخر حتى لا يختل معدل التوزيع ويتكدسوا فى مستشفيات دون غيرها .

وبالنسبة لأطباء القطاع الأهلى ، يعاد القيد - أسوة بالمتبع ببعض الدول - كل ٧ سنوات بالنقابة بعد اجراء تدريب يعقبه اختبار بالجمعية الطبية المصرية والنقابة وفروعهما ، ويحضره اساتذة من كليات الطب ، وكذلك يجب وضع برامج تدريبية للعاملين فى غير وزارة الصحة بالجهات الحكومية الأخرى او بوحدات القطاع العام .

- ان تعمل وزارة الصحة على وجود اخصائيين فى جميع فروع الطب بجميع المحافظات وأن تضمن استمرار تواجدهم فى محافظاتهم وعدم خلو أى محافظة من أى منهم فى أى وقت ، حتى يقوم هؤلاء بتدريب مختلف فئات الأطباء بالمحافظة .

- تنظيم ربط الأطباء فى المستشفيات المختلفة بعضهم ببعض ، وتأكيد مسئولية الأخصائيين فى المستشفى العام بالمحافظة ، عن تدريب وحسن مستوى العاملين بالمراكز ، ومسئولية أخصائى المستشفى المركزى عن العاملين فى المستوى الأدنى فى المستشفيات القروية ، ثم مسئولية هؤلاء عمن فى الوحدات المجمعة وهكذا .

- مد كل الوحدات ، بالريف على الاقل ، بكل المستلزمات التى تساعد على حسن التشخيص ، من اجهزة بمختلف ، مع الحرص على صيانتها بما يضمن استمرار الاستفادة منها (الاشعة - المعامل) .

بالنسبة لوسائل تحقيق الأهداف :

ينبغى أن يحقق التدريب الهدف المقصود لكل مرحلة ، ويرتبط به تماما ويحقق المستوى اللازم اكتسابه من الكفاءة المهنية والمهارات الاكلينيكية ، ومما يساعد على ذلك ما يلى :

- ربط عدد محدد من الأطباء المتدربين - طبقا لمعدل مدروس - بأحد أعضاء هيئة التدريس المختارين بالاسم (فى مستشفيات كليات الطب) ، بحيث يكون مشرفا وموجها ورائدا فى نفس الوقت . وفى مستشفيات وزارة الصحة المتخصصة للتدريب ، يختار أخصائى من كل تخصص ، ممن تتوافر فيهم الصفات المطلوبة .

- وضع معدل للأسرة - فى كل تخصص - التى يكلف بها الطبيب المتدرب وفى هذا المجال يستعان بكل المستشفيات الاقليمية المناسبة ، خصوصا القائمة بالمدن الموجود بها كليات الطب .

- الاستعانة بوسائل التدريب الحديثة المعاونه ، مثل : الوسائل السمعية والبصرية والندوات وحلقات المناقشة .

- ادخال نظام الاجتماع الدورى (اسبوعى مثلا) لهيئة القسم جميعا (المتدربين - اطباء الامتياز - الاطباء المقيمين - رئيس القسم - عضو هيئة التدريس المختص) لمناقشة أوضاع المرضى بالقسم وحالاتهم وسير علاجهم وفحوصهم .

التوصيات

وقد استفاضت مناقشات المجلس حول هذه الدراسة ، وتعددت بشأنها الآراء والاتجاهات وفى مقدمتها :

- ان تدريب الاطباء قضية انتاجية فى المقام الأول ، ولابد أن تطرق عند وضع أى سياسة صحية او طبية فى مصر لتاثيرها على صحة المواطنين واتصالها بقدرة المجتمع على الانتاج .

- ان مهمة التدريب ليست مقصورة على القائمين على أداء الخدمة الطبية بوزارة الصحة ، وانما تشارك فيها الجامعات كجهة مسئولة عن قضية بشرية ، والنقابات كجهة مسئولة عن سلوكيات المهنة ، والجمعيات

الطبية كجهة مسئولة عن تطور ودفع المعرفة الطبية على المستوى القومى .

– ان المعرفة الطبية للطبيب – وفقا للمستويات العالمية – تزداد بما لا يقل عن ٥٠ ٪ كل عام اذا ما استمر تعليمه ، وتنخفض بذات النسبة اذا ما تخلف عن متابعة التعليم . ومن هنا يكون الحفاظ على الثروة الطبية فى مصر عن طريق التدريب واستمرار التعليم .

– لايمكن فصل عمليتى التدريس والتدريب عن بعضهما بمعنى انه يلزم ان يكون هناك تعاون اكثر بين اعضاء هيئات التدريس بكليات الطب واطباء وزارة الصحة .

– ضرورة زيادة الاهتمام بموضوع السلوك – ليس فقط بالنسبة لمهنة الطب وانما ايضا بالنسبة للمهن الأخرى – وذلك بتدارك نقطة الضعف الاساسية فى التدريب والتعليم ، والتى تكمن فى التركيزعلى المادة العلمية ، وعدم اعطاء السلوكيات حقها .

– ضرورة التركيز على الكيف فى التدريب والتدريس وليس الكم ، بمعنى أن هناك طاقة معينة لابد أن تتفق مع امكانات المستشفى او القسم الذى يتم فيه التدريب .

– لكى يكون التدريب مجديا فلا بد من تحديد مستوى اداء الطبيب فى ضوء المستوى الذى يتوافق مع العصر الذى يتطور فيه العلم يوما بعد يوم ، والتعليم الفنى الأساسى الذى يتلقاه الطبيب ، وبرامج الدراسات العليا ، وقدرة الطبيب على استشعار التغيير وتحويل هذا التغيير الى واقع ملموس يستفيد منه المريض .

– انه يلزم اعادة تقييم اداء الطبيب كل فترة زمنية محددة ، وتحديد معايير موضوعية لضبط أداء الأطباء بالنسبة للمواطنين .

– من المهم النظر فى امكان تقنين استمرار التعليم ، اما عن طريق الزام الاطباء بالارتباط مع مؤسسات المعرفة العلمية والتدريب الطبى لعمل وحدات لاستمرار التعليم ، واما أن يكون هناك تدريب دورى فى كافة مراحل ممارسة الاطباء للمهنة .

– ان عملية التدريب تحتاج الى متابعة كافة التطورات التكنولوجية فى المجال الطبى واكتساب الخبرات والمهارات بمستوياتها العالمية ، مما يستدعى الانفتاح على العالم الخارجى ، وخصوصا الدول المتقدمة سواء عن طريق ايفاد الأطباء للخارج للدراسة ، أو حضور المؤتمرات الطبية ، أو عن طريق استقدام الخبراء من الأطباء العالميين الى مصر للاستفادة من خبراتهم .

– ان تدريب اطباء الاسنان ، والفريق الطبى بكافة تخصصاته من : مهندسين وممرضين وصيادلة ، ينبغى ان يحظى بدراسة مماثلة .

وعلى ضوء هذه الدراسة وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، وما أبدى من أراء واتجاهات ، وكذلك ما جاء بتقرير الدورة الثالثة للمجلس حول سياسة التدريب الحرفى والمهنى – يوصى بما يأتى :

أولا : توصيات عامة :

* وضع برامج تشترك فيها الجامعات ووزارة الصحة ونقابة الأطباء وباقى الجهات الأخرى المعنية ، وتهدف الى :

– اتاحة فرصة التدريب المستمر لكل طبيب طالما كان يمارس المهنـة ، للارتفاع بمستوى أدائه . مع دراسة انشاء معهد للتدريب الطبى ، يختص بجميع شئون التدريب ومسئولياته .

– الاهتمام بانشاء بنك للمعلومات ، لتوفير المعلومات الفنية وتصميمها ، باستخدام التقنيات الحديثة ، لسرعة توفير المعلومات ودقتها .

– التوسع فى الاستعانة بالوسائل التدريبية المساعدة مثل : الوسائل السمعية والبصرية والكتب والمطبوعات الدورية ، والاستفادة فى ذلك من امكانات هيئة الصحة العالمية .

– الحرص على أن تتناول برامج تدريب الأطباء فى كل المستويات الجوانب الآتية :

اكساب المتدرب المهارات والمعلومات ، ووضع تحديد مفصل للمهارات

والخبرات التى يتعين اكتسابها فى كل مستوى .

مع تنظيم برنامج للتدريب على النواحى البيئية والاجتماعية . وربط طبيب الريف بالتدريب العلمى والعملى .

– اعداد مجموعة من البرامج تهدف الى تحسين انماط السلوك ، وتتناسب مع المتطلبات الأساسية للعمل . مع تضمينها الجوانب الروحية لأن المهارة فى العمل يجب أن تواكبها الأمانه فى تنفيذه .

* ضرورة اجراء متابعة لبرامج التدريب المتدربين ، ومدى تحصيلهم ، مع التقييم المستمر .

* اختيار اخصائى بكل مستشفى يتم فيه التدريب للاشراف على شئون التدريب ، ومدى انتظام الأطباء به ومدى تحصيلهم .

* ربط التدريب ببعض الحوافز ، بحيث تؤخذ فى الاعتبار عند الاختيار للبعثات ، مثل انتظام المتدربين ومواظبتهم ومستوى تحصيلهم وان يعامل الأخصائيون ومساعدو الاخصائيين ، ماليا ، مثل زملائهم بالمعاهد والمستشفيات التعليمية ، طالما تفرغوا لأعمال التدريب .

وفى هذا الاتجاه ينظر فى التوسع فى المنح الدراسية بوزارة الصحة .

* ربط الاطباء فى المستويات المختلفة بعضهم ببعض ، وتأكيد مسئولية المستشفى العام والأخصائيين بها عن الوحدات الأدنى ، وهذه عما يليها ، وهكذا .

– مد الوحدات – بالريف على الأقل – بمستلزمات جودة التشخيص وجودة العلاج ، من أجهزة مختلفة (مثل المعامل ، المجموعات الكاشفة Kits ، الاشعة وحسن صيانتها بما يضمن استمرار الاستفادة منها مع زيادة تجهيزات وحدات الرعاية الصحية الأساسية .

* العمل على تصنيع أكثر ما يمكن من الأجهزة والمعدات اللازمة لحسن التدريب وحسن اداء الخدمات محليا حتى لا يتسبب عدم كفاية الاعتمادات للاستيراد فى نقص هذه الاصناف وانخفاض مستوى التدريب (مثل : أجهزة رسم القلب – الميكروسكوبات – أفلام الاشعة – الترمومترات – الأجهزة المعملية – فحص قاع العين – الأدوات المستخدمة فى جراحة العظام) .

* تنظيم الافادة من الامكانات التدريبية المتاحة التى تقدمها الدول الصديقة والمنظمات التابعة للأمم المتحدة ، وارسال البعثات التدريبية للوقوف على أحدث التطورات فى مجال التدريب .

ثانيا : التدريب فى مرحلة ماقبل التخرج (مرحلة البكالوريوس) :

* اجراء دراسة تشترك فيها شعبة التعليم الجامعى والعالى وشعبة الرعاية الصحية بمجلس التعليم والخدمات بحيث تشمل ما يأتى :

– تبين نواحى القصور فى التدريب بمستشفيات كليات الطب ، ورسم الحلول المناسبة لمعالجة ذلك .

– النظر فى تعديل نظام التعيين فى وظائف هيئات التدريس بكليات الطب بما يكفل استيفاء الآتى :

. الارتفاع بالمستوى الحالى لاداء رسالتهم .

. ان يضاف الى الامتياز العلمى للتعيين فى هيئات التدريس مقاييس اخرى تتعلق بالصفات الشخصية والسلوكية على أسس وضوابط محكمة مثل توافر روح التعاون والخدمة العامة والاسهام فى النشاط الاجتماعى والرياضى الجامعى ، وفى نظام الاسر والانضباط والمواظبة .

. مراعاة استكمال البناء الهرمى لاعضاء هيئات التدريس بكل قسم .

. مدى امكان رفع القيود امام تعيين حملة شهادات العضوية والزمالة من انجلترا فى وظائف هيئة التدريس سواء فى كليات الطب أو المستشفيات والمعاهد التعليمية .

. ان يقضى كل من حصل على الدكتوراه فى مصر ، سنة فى احد الاوساط العلمية بالخارج .

. توسيع نظام الاشراف العلمى المشترك والقنوات العلمية للحصول على الدكتوراه .

.الاهتمام بجدية الدراسة التربوية بكليات الطب للمرشحين للتعيين في هيئات التدريس من الدارسين بالدراسات العليا .

. تعميم نظام الأسر بين أعضاء هيئات التدريس بين الأطباء المتدربين والدارسين بالدراسات العليا وتقويته ، وحفظ الصلة بينهم بعد التخرج .

. التوسع في الدروس الجماعية تحت اشراف الكليات ، رعاية لمصلحة الطلاب ، وتأكيدا لرعاية الاساتذة لهم .

ثالثا : التدريب في مرحلة طب الامتياز (التدريب العـــام) :

* وضع برنامج تفصيلي للمهارات الفنية التي يتعين على الطبيب اكتسابها في هذه المرحلة ، على ان تهتم بتطبيقة الجهات التي تتولى التدريب :

كليات الطب – وزارة الصحة – هيئة المستشفيات – المعاهد التعليمية – نقابة الاطباء ، مع ضرورة التنسيق بين هذه الجهات في مجال التدريب .

* عمل بطاقة لكل طبيب متدرب ، في كل قسم يدرب فيه ، يثبت فيه أولا بأول ما تم تدريبه عليه مما ورد ببرنامج المهارات المعتمد ، مع تحويل هذه البطاقة الى الجهات والادارات التي ينقل اليها الطبيب ، او يعين بها لاخذها في الاعتبار عن النظر في اكمال تدريبه .

* وضع معدلات لعدد الاسرة بالنسبة للمتدربين بكل قسم من الاقسام الاكلينيكية ، التي يرتبط بها المتدرب خلال تدريبه .

* اختيار اخصائيين – من ذوى الاقدمية – في كل تخصص اكلينكي بكل مستشفى به تدريب ، وطبقا لمواصفات محددة ليتفرغوا قدر الامكان ، لعملية التدريب خلال فترة عملهم الصباحية بالمستشفى وان يرتبط كل منهم بعدد محدد من المتدربين ، طبقا لمعدل معين ، ويكون مسئولا عنهم وعن انتظامهم في التدريب وعن مدى تحصيلهم .

* مراعاة دقة توزيع اطباء الامتياز على المحافظات المختلفة ، وداخل كل مستشفى بما ييسر عمليات تدريبهم .

* دراسة امكان النظر في عدم السماح لطبيب الامتياز بمزاولة المهنة كممارس عام الا بعد التأكد من حسن تدريبه ، مع وضع ضوابط محددة لذلك .

رابعا : التدريب في مرحلة ما بعد الامتياز :

* التوسع في تخصص الممارسين العامين بكليات الطب ، وفي زيادة اعداد المقبولين منهم للتدريب ، وتدريب أكبر عدد من الراغبين في التدريس التخصصي من أطباء الوزارة .

* اشتراك الجمعية الطبية المصرية ونقابة الاطباء وكليات الطب ، في وضع برنامج للتدريب المستمر لاطباء القطاع الخاص ، ووضع الضوابط الكفيلة بالالتزام بهذا التدريب والانتظام فيه وفي مقدمة هذه الضوابط :

– اعادة القيد بالنقابة على فترات مناسبة – اسوة بما يتبع في الخارج – وبناء على تقييم المتدربين بعد انتظامهم في البرامج التدريبية.

– بيان المؤتمرات والندوات والبرامج التدريبية التي ينتظم فيها أو يحضرها الطبيب .

* تعديل برامج الدراسة لماجستير الفروع الطبية الاكلينيكية ، بحيث يخصص معظم الوقت للتدريب الاكلينكي مع الدراسة النظرية ، وان ينظر الى دراسة الماجستير باعتبارها اكتساب مهارات ومعلومات من مستوى تخصصي عال ، لاعلى أنها مجرد مرحلة تأهيلية للدكتوراه .

* النظر في تعميم رسالة الجمعية المصرية الطبية في الممارسة العامة . للتخصصات الأخرى مستقبلا ، بعد تبين مدى النجاح في تنفيذ زمالة الممارس العام .

* ان يلتزم الاخصائيون ومساعدو الاخصائيين بوزارة الصحة ، بحضور دورة تدريبية تدريسية ، بعد حوالي عشرة اعوام من حصولهم على دورة التخصص واحكام تنظيمها حتى تحقق أغراضها .

مع وضع نظام معين لايفاد المتميزين منهم الى بعض الأوساط العلمية بالخارج .

* العمل على الارتفاع بنسبة الاخصائيين الى الممارسين ، حتى تصل الى حوالي ٢٠ ٪ على الأقل .

جدول رقم (١ - أ)

عدد الأسرة بالمستشفيات العامة والمركزية وبالمستشفيات النوعية التابعة لكل من وزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية والمخصصة لتدريب الخريجين التدريب العام (السنة الامتياز)

الجامعـــــة	عدد أسرة المستشفيات العامة والمركزية	عدد أسرة المستشفيات النوعية	المجمـــــوع
القاهرة	٣٥٧٧ سريرا		
عين شمس	٣٦٤٣ سريرا	٨٢٣٨ سريرا	١٧٢٥٠ سريرا
الأزهر	١٧٩٢ سريرا		للجامعات الثلاث
الاسكندرية	٣٠٢٦ سريرا	٣١٣٩ سريرا	٦١٦٥ سريرا
طنطا	١٦٠١ سريرا	٤٥٦ سريرا	٢٠٥٧ سريرا
المنصورة	٢١٥٤ سريرا	١٢٣٣ سريرا	٣٣٨٧ سريرا
الزقازيق	١٣٩٧ سريرا	٤١٠ سريرا	١٨٠٧ سريرا
أسيوط	١٣٠٢ سريرا	١١٩١ سريرا	٢٤٩٣ سريرا

ملحوظة :

لا تختص كل من كليات القاهرة وعين شمس والأزهر بمستشفيات نوعية (كباقى الكليات) بل تشترك الكليات الثلاث فى مستشفيات نوعية واحدة .

جدول رقم (١ – ب)

مستشفيات وزارة الصحة ومستشفيات الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية المخصصة لكل كلية لتدريب خريجيها التدريب العام وعدد الاسرة بها

الجامعة	المستشفيات العامة المركزية بالمحافظات الموجودة بها المستشفيات النوعية والمحافظات الموجودة فيها					
	المحافظة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	المحافظة	عدد المستشفيات	عدد الاسرة
القاهرة	القاهرة	٣	٩٣٣	القاهرة	٩	٦١٧٣
	الجيزة	٨	١٣٥٥			
	الفيوم	٥	٩١٤	الجيزة	٥	٢٠٦٥
	السويس	١	٣٧٥			
	المجموع	١٧	٣٥٧٧	المجموع	١٤	٨٢٣٨
الأزهر	القاهرة	٢	٦٩٩	القاهرة		
	المنوفية	٦	١٠٩٣	الجيزة	نفس المستشفيات السابقة	
	المجموع	٨	١٧٩٢	المجموع		
عين شمس	القاهرة	٢	٥٧٤	القاهرة		
	القليوبية	٥	٨٢٣			
	الجيزة	٦	٢٦١	الجيزة	نفس المستشفيات السابقة	
	بنى سويف	١	٨٩٦			
	المنيا	٨	١٠٨٩			
	المجموع	٢٢	٣٦٤٣			
الاسكندرية	الاسكندرية	٣	١٢٧٠	الاسكندرية	٩	٢٥١٤
	البحيرة	٧	١٢٧١	البحيرة	٣	٣٦٣
	كفر الشيخ	٤	٤٨٥	كفر الشيخ	٣	٢٦٢
	المجموع	١٤	٣٠٢٦	المجموع	١٥	٣١٣٩
طنطا	الغربية	٩	١٦٠١	الغربية	٥	٤٥٦
المنصورة	الدقهلية	٩	١٠٨٧	الدقهلية	٤	٥٠٥
	دمياط	٢	٤٤٧	دمياط	١	٢٨٠
	بور سعيد	٣	٦٢٠	بور سعيد	٣	٤٤٨
	المجموع	١٤	٢١٥٤	المجموع	٨	١٢٣٣
الزقازيق	الشرقية	٧	١٠٠٠	الشرقية	٣	٣٧٦
	الاسماعيلية	٢	٣٩٧	الاسماعيلية	١	٤٠
	المجموع	٩	١٣٩٧	المجموع	٤	٤١٠
أسيوط	أسيوط	٤	٦٤٣	أسيوط	٤	٥٠٢
	سوهاج	٥	٨٢٣	سوهاج	٤	٢٥٨
	قنا	٣	٥٥٢	قنا	٣	٢٤٥
	أسوان	٣	٢٨٤	أسوان	٢	٢٠٦
	المجموع	١٥	٢٣٠٢	المجموع	١٣	١١٩١

جدول رقم (٢)

نسبة عدد الأسرة التى تدرب بها الأطباء خريجو الكليات فى ديسمبر ١٩٨٢
(التدريب العام) الى عدد هؤلاء الأطباء
(أسرة المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات النوعية لوزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية)

القاهرة	عدد الخريجين فى ديسمبر ١٩٨٢	عدد الأسرة بالمستشفيات العامة والمركزية	متوسط نسبة عدد الأسرة الى كل طبيب من الخريجين	عدد الاسرة بالمستشفيات والمعاهد النوعية	متوسط نسبة عدد الأسرة الى كل متدرب
القاهرة	١١٣٣ طبيبا	٢٥٧٧ سريرا	٣,١		
عين شمس	١٠٠٩ طبيبا	٣٦٤٣ سريرا	٣,٦	٨٢٣٨	٣,٢
الأزهر بنين + بنات	٣٤٣	١٧٩٢	٥,٢		
المجموع	٢٤٨٥	٩٠١٢	٣,٦		
الزقازيق	٤٢٤ طبيبا	١٣٩٧ سريرا	٣,٣	٤١٠	٠,٩
طنطا	١٩٧ طبيبا	١٦٠١ سريرا	٧,٩	٤٥٦	٢,٣
المنصورة	٩٠ طبيبا	٢١٥٤ سريرا	٢٣,٩	١٢٣٣	١٣,٧
أسيوط	١٦٩ طبيبا	٢٣٠٣ سريرا	١٣,٦	١١٩١	١,١
الاسكندرية	٦٠٨ طبيبا	٣٠٢٦ سريرا	٤,٩	٣١٣٩	٥,١
المجموع الكلى	٣٩٧٣ طبيبا	١٩٤٩٢ سريرا	٤,٩	١٤٦٦٧	٣,٩

ملاحظات :

١- يتدريب خريجو جامعات القاهرة وعين شمس والأزهر معا فى نفس المستشفيات والمعاهد التعليمية النوعية فى وقت واحد ، ومجموع عدد أسرتها ٨٢٣٨ سريرا

٢- المقصود بالمستشفيات النوعية ، تلك التى تختص بعلاج الامراض النوعية مثل : أمراض العيون / الأمراض الصدرية / الحميات / أمراض وجراحة العظام / الصحة النفسية وغيرها .

٣- يتضح من الجدول أن النسبة العامة لجميع خريجى كل الجامعات فى المستشفيات العامة المركزية = ٤,٩ سريرا للطبيب
والنسبة العامة لجميع خريجى الجامعات فى المستشفيات النوعية = ٣,٩ سريرا للطبيب
وتختلف النسبة من كلية لأخرى .

جدول رقم (٣)

عدد الاطباء الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين والاطباء المقيمين بجميع مستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات التعليمية ، ونسبتهم الى بعضهم فى مختلف التخصصات فى ١/١/١٩٨٣

نوع التخصص	عدد الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين	عدد الاطباء المقيمين	نسبة الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى المقيمين
الأمراض الباطنية العامة	٣٧٥	٤٩٢	١ :١,٣ تقريبا
الجراحة العامة	٦٠٨	٦٠٨	١ : ١ تقريبا
أمراض النساء والولادة	٣٦٨	٤٩٠	١ : ١,٣ تقريبا
أمراض الاطفال	٢٦٣	٣١٧	١ : ١,٢ تقريبا
الأمراض الصدرية	٢٢٧	٢٢١	١: ١ تقريبا
الحميات والامراض المتوطنة	١١١	٠٩٩	١ : ٠,٩ تقريبا
امراض العظام والكسور	٠٨٤	٣٠٥	١ :٣,٦ تقريبا
امراض المسالك البولية	١٤٨	٢٦٠	١ : ١,٨ تقريبا
امراض العيون	٢٦٥	٣٠٩	١ : ١ تقريبا
الامراض الجلدية			
امراض الانف والاذن والحنجرة	١٧٠	٢٥٠	١ : ١,٥ تقريبا
المجموع	٢٩٩٤	٣٨٤٣	١ : ١,٣ تقريبا

جدول رقم (٤)

نسبة عدد الاطباء الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى عدد الاطباء المقيمين فى مستشفيات وزارة الصحة فى مختلف التخصصات وفى مختلف المحافظات .

أولا : النسبة العامة :

عدد الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين بجميع مستشفيات وزارة الصحة بجميع التخصصات الاكلينيكية = ٢٩٩٤ طبيبا

عدد الاطباء المقيمين بجميع مستشفيات وزارة الصحة بجميع التخصصات = ٣٨٤٣ طبيبا

نسبة الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى الاطباء المقيمين = ١,٣٤١ ٪ تقريبا

ثانيا : نماذج من تفاوت هذه النسبة فى مختلف التخصصات ببعض المحافظات :

التخصص	النسبة العامة بجميع مستشفيات الجمهورية	مستشفيات القاهرة	مستشفيات الجيزة	مستشفيات الاسكندرية	مستشفيات الدقهلية	مستشفيات أسيوط
أمراض باطنة عامة	١ : ١,٣	١ : ١,٦	١ : ١,٧	١ : ٢,٨	١ : ٢,٢	١ : ٠,٥
جراحة عامـــــــة	١ : ١	١ : ١,٥	١ : ١,٢	١ : ٣,٤	١ : ١,٢	١ : ٠,٣
أمراض نساء وولادة	١ : ١,٣	١ : ١,٩	١ : ٢,.	٠ : ١,٠	١ : ١,٠	١ : ٠,٥
أمراض الاطفال	١ : ١,٢	١ : ١,٦	١ : ٠,٦٥	٢ : ٢,٦	١ : ١,٠	١ : ٥,٠
أمراض صدرية	١ : ١, تقريبا	١ : ١,٣٧	١ : ١,٩	١ : ٠,٣	١ : ١,٢	١ : ١,٩
حميات وأمراض متوطنة	١ : ٩, تقريبا	١ : ٠,٦	١ : ٢,٠	١ : ٤	١ : ١,٨	١ : ٠,٠
أمراض عيون	١ : ١ تقريبا	١ : ٩,تقريبا	١ : ١,٢	١ : ٢,٩	١ : ٢,٠	١ : ٥,٣
أنف وأذن وحنجرة	١ : ١,٥ تقريبا	١ : ٢,٥	١ : ٢,٤	١ : ٢,٣	١ : ١,٧	١ : ٠,٥
مسالك بولية	١ : ١,٧	١ : ١,٤	١ : ٢,٦	١ : ٤,٤	١ : ٣,٤	١ : ٠,١
عظام وكسور	١ : ٣,٦	١ : ٠,٥	١ : ٢,٥	١ : ٠,١٣	١ : ٧,٣	١ : ٠,٣
اجمالى الجملة	١ : ١,٣ تقريبا	١ : ١,٧	١ : ١,٩	٢,٢٩٠	١ : ١,٦	١ : ٠,٥

تطوير صناعة الدواء

اطلقت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية شعار الصحة للجميع قبل سنة ٢٠٠٠ ، أى فى خلال عقدين من الزمان ، وهى فترة بسيطة وقصيرة وسرعان ما تمر ولا شك ان المنظمة عندما احتضنت هذا الشعار كانت على وعى كامل بالتقدم الذى تم ويتم فى مجالات الصحة الوقائية والعلاجية سواء باستنباط ادوية حديثة اكثر فاعلية او بالتقدم السريع فى مجاتل الجراحة سواء بزرع الاعضاء واستبدالها او بدء الامومة وامراض الشيخوخة والعلاج الطبيعى والتأهيلى بالاضافة الى التطور المطرد فى مجال التشخيص .

ففى مجال الطب الوقائى تم استئصال مرض الجدرى وبدأ العد التنازلى لكثير من الأمراض الاخرى مثل الدفتيريا والحصبة والتكاف والسعال الديكى وشلل الأطفال والدرن .

وبدأ عهد جديد فى الوقاية من مرض الكبد الوبائى والالتهاب السحائى بل بدا الامل فى اكتشاف طعوم للوقاية من الأمراض الطفيلية مثل : الملاريا : البلهارسيا وكذلك لعلاج بعض انواع من الأورام وامرض الدم الخبيثة .

وذلك بالاضافة الى اكتشاف العناص الفعالة الحيوية الفعالة التى تساعد على زيادة المناعة ومقاومة الجسم لبعض الأمراض ونتج عن ذلك زيادة فى معدلات العمر وانخفاض كبير فيى عدد الوفيات ، وخاصة من الأمراض الوبائية .

وفى مجال الأدوية العلاجية اهتمت شركات الدواء وتركزت البحوث فى استنباط ادوية حديثة اكثر فاعلية واقلب سمية فى مجالات كثير وخاصة المضادات الحيوية وادوية القلب والشرايين وأدوية علاج الطفيليات وخاصة البلهارسيا وأدوية الأمراض العصبية وأدوية الأورام الخبيثة مما يساهم فى تقليم اظافر هذه الامراض التى تعصف بصحة واعمار الكثير من البشر سنويا .

ولم يقف الطب عاجزا أمام بعض الأمراض التى تفشل منها الاعضاء الحيوية جزئيا او كليا عن العمل فبفضل تقدم الجراحة امكن فصل الكليتين ثم زرع الكلية وكذلك زرع القلب وتقدمت الابحاث فى زرع الرئتين والبنكرياس والكبد . بل قد بدأ العالم يتسبدل اعضاء صناعية الطبيعية مثل القلب الصناعى .

ونجحت التجارب الاولية في استخدام الالكترونية في مساعدة المكفوفين على الرؤية .

اما فى مجال الشخيص فابتكرت المعدات والاجهزة والشرائط الدقيقة لتحليل الدم وسائل الجسم وانسجته الدقيقة بما يساعد على دقة معرفة المرض ، وذلك بطريقة سريعة وميسرة كما وفرت الهندسة الطبية الات الكشف على الانسجة الداخلية مما يسر للطبيب معرفة مكن المرض ودرجة انتشاره وابعاد خطورته فى وقت مبكر يساعد على سرعة التدخل الطبى وعلاج الامراض .

ولم يقف تقبلم الطب عند الامراض التى تصيب الانسان مباشرة بل تخطى ذلك الى البيئة التى يعيش فيه الانسان واصبح هناك فرع مستقل لطب المجتمع الذى يتعرض لما يحيط بالانسان وما يؤثر فى صحته من مياه او هواء او مسكن او وصرف او غذاء أو حيوان .

ولم يكن هذا التقدم فى مجال الطب والدواء كله خيرا أو فى صالح الانسانية ، فمع التوسع فى ابتكار الأدوية الحديثة بدأ العالم يشعر بخطورة وسمية بعضها ، وبدأت بعض الدول تعيد النظر فى مراحل تسجيل الدواء الجديد بل بدأت فى مسح علمى للأدوية وذلك ضمانا لعدم تسرب أدوية ضارة للمستهلكين ، ونتج عن ذلك أن زادت تكاليف ابحاث الدواء وتضاعفت السنوات اللازمة للموافقة على تداول دواء جديد وقل عدد الاكتشافات فى هذا المجال عما كان يحدث فى مرحلة الخمسينات والستينات ودفع المريض تكاليف هذه الزيادة ، وتحملت الدول الفقيرة عبء زيادة اسعار الدواء وبذلك ارتفعت مصاريف الرعاية الصحية ، حيث يمثل الدواء فى هذه الدول اكثر من ٦٥ ٪ من اجمالى تكاليف الخدمة الصحية .

ومع زيادة تكاليف انتاج الدواء بالوسائل التقليدية سواء بالتخليق أو التخمير بدأت مراكز البحوث فى العالم فى استنباط وسائل جديدة لانتاج المستحضرات الدوائية .

وفى اطار الهندسة الخلوية بدأ العالم يقتحم آفاقا جديدة فى البحث العلمى وانتاج العلاج ، وتم انتاج العديد من الأدوية بهذه الطريقة ومن المتوقع ان يساهم ذلك فى زيادة فعالية الانسان فى حربه ضد المرض .

كما حدث تطور كبير فى انتاج اشكال صيدلية جديدة طويلة المفعول أو موجهة الى العضو المريض وازداد الطلب على بعض الاشكال الصيدلية مثل : الاقراص والكابسول والاقماع وانكمشت زيادة الطلب على اشكال اخرى مثل : السوائل والاشربة .

مظاهر التطور فى صناعة الدواء

واكب التطور فى صناعة الدواء استنباط ادوية جديدة اكثر فاعلية ، واقل سمية ، وكذلك التقدم الكبير فى مجالى الجراحة والتشخيص ، وكان من مظاهر هذا التطور .

× الممارسة الجيدة لصناعة الدواء .

× الاشكال الصيدلية .

× تاريخ الصلاحية .

× تخزين الأدوية والخامات الدوائية .

× العودة للنباتات الطبية .

× التجارب التى تتم على الدواء قبل تسجيلة وتداوله .

× تسجيل ومتابعة السمية والآثار الجانبية للدواء .

وفيما يلى عرض موضح لهذه النقاط :

١) الممارسة الجيدة لصناعة الدواء : نظرا للتقدم الكبير فى صناعة الدواء فقد تطورت وسائل الصناعة واصبحت اكثر تعقيدا ودقة نظرا لاهمية السلعة المنتجة وارتباطها بصحة الانسان . ولم تعد صناعة الدواء صناعة تقليدية تهدف لانتاج اشكال صيدلية سليمة المظهر ومطابقة للمواصفات فى مراحل التحاليل التى كانت مستعملة خلال فترة الستينات وماقبلها فقد اصبح من المهم أن توضع صفات دقيقة وحازمة تشمل الموقع والمبنى والمعدات ومستوى القوى البشرية كاملة . وفى اواخر الستينات اصدرت منظمة الصحة العالمية كتيبا يوضح المواصفات الجديدة لصناعة الدواء تضمن تحديدا للمواصفات الواجب توافرها فى المبانى والمعدات والمخازن وحركة المواد والمنتجات والسجلات اللازمة بالاضافة الى المواصفات المطلوبة فى العاملين وتشمل هذه المواصفات ثلاثة مبادىء اساسية لضمان الفاعلية والأمان فى الدواء هى :

نظافة المكان ، نظافة المنتج ، نظافة الانسان .

كما بدأت بعض شركاتنا فى تطوير مبانيها وخطوط انتاجها حسب هذه المواصفات .

وبدأت شركات الادوية العالمية تطبق هذه الأسس وراعت دول العالم النامى فى بناء مصانعها الجديدة تلك المواصفات كلما امكن بالرغم من تكلفتها الباهظة .

ومنذ ذلك التاريخ بدات سلسلة من النظم والقواعد للممارسات الجيدة فى التخصصات المختلفة فى صناعة الدواء منها :

× الممارسة الجيدة فى الرقابة .

× الممارسة الجيدة للتخزين .

× الممارسة الجيدة لضمان سلامة الدواء .

وتهتم هذه النظم بتحديث البيانات والمعلومات والمستندات والامكانات الخاصة بمراحل التصنيع والرقابة .

٢) الاشكال الصيدلية التقليدية : مازالت الاشكال الصيدلية التقليدية التى عرفت منذ اوائل هذا القرن تمثل غالبية الانتاج والاستهلاك ، مثل الأقراص ، الكابسول ، السوائل ، والاشربة ، الأمبولات ، وزجاجات الحقن ، المساحيق ، المراهم ، الاقماع ، واختفت انواع مثل البرشام سواء فى انتاج المصانع او الصيدليات .

ومع ثبات هذه الأشكال حدث تطور كبير فى صناعتها وتبارت الشركات العالمية فى تحسين هذه الاشكال لضمان ثبات مستحضراتها وتحسين الشكل والطعم والرائحة . وادخلت عليها ابتكارات لتحقيق اهداف علاجية وظهر فى الأسواق الأقراص والكابسول والأمبول طويل المفعول ، والأقراص الفوارة وتطورت كسوة الأقراص وابتكرت طريقة التغليف بالفيلم ، حتى الكسوة المعدية اضيفت الى بعض أنواع من الكابسولات الجيلاتينية الصلبة ، وظهرت عبوات من المراهم والأشربة تكفى جرعة واحدة وكذلك المحاقن المعقمة سابقة التعبئة .

ومن ناحية تطور حجم الاستهلاك من الأشكال الصيدلية ارتفعت استعمالات الكابسول بنوعيه خلال السنوات العشرين الماضية بنسبة تزيد عن اى شكل صيدلى أخر الا ان الاقراص ما زالت تحتل المركز الأول من الناحية العددية .

كما زاد استهلاك الأقماع لما ظهر من فائدتها العلاجية وسرعة امتصاصها مع تجنب المضاعفات التى قد تحدث فى المعدة والجزء الأعلى من الجهاز الهضمى .

وانكمش استهلاك زجاجات حقن المحاليل التى تحتوى على أكثر من جرعة .

ام بالنسبة للأشربة والسوائل فقد زاد الاستهلاك فيها بنسبة معتدله تقل عن نسبة الزيادة في الكابسول والأقراص ، وذلك لأسباب فنية ، بالاضافة الى مشاكل النقل والتداول وتمكنت الشركات العالمية من انتاج اغلب اصناف السوائل على اشكال صيدلية اخرى اكثر ثباتا وأسهل فى التعاطى وأقل تكلفة .

وقد ارتبط الاستهلاك المحلى مع المعدلات العالمية فقد زاد استهلاك الكابسول اكثر من ١٠٠ ٪ والاقماع اكثر من ١٦٠ ٪ والأمبولات ١٠ ٪ خلال السنوات الخمس الماضية .

كما تتجه شركات الدواء العالمية فى انتاج مستحضراتها من الاقراص والكابسول الى تثبيت اشكالها والوانها والرموز المسجلة عليها حتى يمكن سهولة الاستدلال عليها سواء للطبيب او الصيدلى او المريض الذى يتناولها .

وهناك مئات من الأقراص والكابسول مسجلة فى المراجع الدوائية المتداولة يمكن الاستدلال عليها من الشكل الخارجى لها وبالعين المجردة .

ولاشك ان ذلك يمثل وسيله سهلة لمعرفة نوع الاقراص والكابسول .

٣) تاريخ الصلاحية : كانت الادوية تتداول بدون تحديد تاريخ الصلاحية باستثناء المضادات الحيوية الا انه فى السنوات الأخيرة وبعد متابعة مدى صلاحية المستحضرات الصيدلية وعمرها الافتراض فى التخزين تبين ان كل المنتجات يتناقص مفعولها بعامل الزمن وتقل فاعليتها بالتدريج وذلك بحسب العناصر الفعالة وحسب الشكل الصيدلى وطريقة التصنيع وبسبب ذلك اصبحت الجرعات العلاجية فى كل شكل صيدلى مع عوامل التخزين لا تفى بالغرض الطبى ، ولذا فقد اتجهت اغلب الدول الى ضرورة تحديد تاريخ الصلاحية للمستحضرات الصيدلية وبدأت الدول تتوسع فى ذلك تدريجيا حتى شملت معظم الاصناف ، ضمانا لوصول العناصر الفعالة الى المريض ، حسب ما هو مسجل على التركيب الاصلى للدواء فى تاريخ صناعته .

٤) تخزين الادوية والخامات الدوائية : بينت دراسة تمت فى المملكة المتحدة ان ٥٩ ٪ من المستحضرات الصيدلية والخامات الدوائية يلزم ان يتم تخزينها فى درجات حرارة اقل من ١٥ درجة مئوية .

وقد تمت مراجعة درجات الحرارة اللازمة والمناسبة لتخزين ١٢٤٨

مركبا صيدليا وتبين الآتي :

	عدد الاصناف
اقل من صفر	٦
من صفر الى ٥م	٤٢
من٥م - ١٠ م	١٦٦
من ١٠ م٥ - ١٥ م	٥٥٠
من ١٥ م - ٢٠ م	١١٠
من ٢٠ م - ٢٥ م	٢٢٠
اقل من ٣٠ م	١١٠
ادوية محضرة	٤٤

اما الادوية المحضرة والادوية التى يتم اذابتها قبل الاستعمال من اشربة المضادات الحيوية وزجاجات حقن المضادات فتقل مدة صلاحيتها بسرعة مع ارتفاع درجات الحرارة ، الامر الذى يوجب حفظها فى درجات حرارة منخفضة ، وتتراوح مدة صلاحيتها بين يوم واحد واسبوعين فى المتوسط حسب النوع ودرجة التبريد المتوفرة لذلك يلزم تسجيل فترة التخزين بعد الاذابة على كل عبوة دوائية .

٥) العودة الى النباتات الطبية : تمد المصادر النباتية الانسان بما يحتاجه من علاج لمعظم الامراض : فهى تمده بادوية القلب وادوية الجهاز العصبى وادوية الجهاز الهضمى وادوية المسالك البولية والمسكنات والمقويات ومضادات الجراثيم وعلاجات السرطان والانزيمات والفيتامينات وتشير الابحاث الحديثة الى وجود مواد نباتية تعمل ضد الفيروسات .

ويعتقد بعض المشتغلين بالنباتات الطبية - بعد الملاحظة والدراسة ان لكل مرض علاجا فى المملكة النباتية ويوجد فى الموطن الاول للمرض الذى يتوطن وينتشر فيه ، ويضربون لذلك امثلة كثيرة .

وبجانب ذلك فان العقاقير النباتية الطبية كثيرا ما تكون مصدر الهام للكيميائى الباحث حتى ان اكثر المشيدات العضوية حظا فى النجاح ما كان محاكيا للعقاقير النباتية .

كما تهيىء المصادر النباتية اقصر الطرق الى اكتشاف الادوية الرائدة فى حقل العلاج ، فالباحث يبدأ ابحاثه على عقاقير موجودة فعلا ولا يحتاج الى تصور مادة ليس لها وجود ثم يقوم بتشييدها باذلا الجهد والوقت والمال وقد لايصل الى تشييد هذه المادة حسب تصوره فضلا عن ان الباحث النباتى لا يبدأ من مجهول فى دراسته لهذه العقاقير النباتية ، اذ انه يكون على علم بما يرتبط بها من معلومات وخبرات واستعمالات (طبية شعبية) ضاربة فى اعماق التاريخ تتناول بدرجة اولية : بعض الفوائد العلاجية وطرق الاستعمال ، المقادير المستعملة والاضرار وعلى ضوء هذه المعلومات المحفوظة فى التراث الطبى الشعبى : يبدأ الباحث دراسته وابحاثه وتجاربه وبهذا يكون افضل حالا ما لو بدأ دراسته على مادة مشيدة لا يعرف عنها شيئا

وقد خضعت الادوية النباتية ، سواء على صورة مستحضرات جالينكية أو على صورة مواد فعاله لمئات السنين من الملاحظة والمراقبة ، وتبين ان معظمها لا يحدث اضرارا جانبية خطيرة كتشويه الاجنة او استهداف للاصابة بمرض السرطان وغيرها من الأضرار التى تسببها العقاقير الطبية المشيدة كيمائيا ولذلك عادت معظم دول العالم مرة اخرى الى استعمال النباتات الطبية وعناصرها الفعالة فى العلاج .

وقد تم انشاء الشركة العربية للنباتات الطبية كشركة متخصصة لزراعة واستخلاص وانتاج الادوية من المصادر النباتية محليا .

٦) التجارب التى تتم على الدواء قبل تسجيله وتداوله :

نظرا للمشكلات التى حدثت بسبب تداول ادوية ثبت خطورتها فقد اصبحت مراحل تسجيل الدواء فى الدول المتقدمة اكثر تعقيدا ، وتستغرق وقتا طويلا قد يصل احيانا الى ثمانى سنوات بجانب الاختبارات التقليدية لتحديد التأثير الفارماكولوجى وسميته وقد اضيفت مراحل اخرى للاختبارات لاستبعاد أى احتمالات للخطورة والسمية حتى بالنسبة للتأثير بطىء المفعول ، فتجرى حاليا تجارب بجرعات مختلفة

لفترات متعددة على التأثير على اجنة حيوانات التجارب وعلى الانسجة وعلى امكان حدوث نشاط سرطاني ثم يصرح بعد ذلك باجراء تجارب بجرعات صغيرة على مجموعة من المتطوعين ثم يتم التوسع فى التجارب على بعض المرضى بجرعات علاجية وفى هذه المراحل تكون هذه التجارب تحت الرقابة الدقيقة والمستمرة .

ولا شك ان متابعة المعلومات الطبية التى تتداول عالميا سوف تساهم فى استبعاد الاصناف التى ثبت عدم سلامة استعمالها مع ضرورة سرعة ابلاغ ذلك الى اعضاء المهن الطبية .

٧) تسجيل ومتابعة السمية والآثار الجانبية للدواء : اصبحت سمية الادوية الحديثة وزيادة آثارها الجانبية الضارة من الامور التى تهتم بها كافة الدول ، وبخاصة الدول المتقدمة لما يتوفر لدى سكانها من وعى ، واهتمام حكوماتها بمتابعة الآثار السمية للدواء ، وقد قامت اغلب هذه الدول المتقدمة بانشاء هيئات لتسجيل ومتابعة الآثار الجانبية للادوية ، وقد بدأ انشاء هذا النظام فى ١٩٦٤ باستراليا والمملكة المتحدة والولايات الامريكية والمانيا الغربية وغيرها . ويتم تسجيل الآثار الجانبية للدواء عن طريق مشاهدات الاطباء فى عياداتهم والمستشفيات او فى الوحدات العلاجية المختلفة .

وفى الاجتماع الثالث والعشرين لهيئة الصحة العالمية فى عام ١٩٧٠ تقرر ان تقوم الهيئة بعمل نظام دولى لتسجيل الآثار الجانبية لاستعمال الدواء .

وقد تبين فى دراسة اجريت فى الولايات المتحدة الامريكية ان ٣٣ ٪ من الاعراض الجانبية التى تم تسجيلها نتجت عن استعمال ثمانية انواع من الادوية هى :

الاسبرين – مضادات الميكروبات – ديجوكسين – انسولين – مدرات البول – مضادات التجلط – الكورتين – الهرمونات .

وفى دراسة تحليلية اجريت عام ١٩٧٣ فى الولايات المتحدة الامريكية ايضا تبين ان هناك عددا من الوفيات حدثت بسبب استعمال الادوية ، كما تبين ان نسبة الوفيات فى المستشفيات الامريكية تبلغ واحدا فى كل عشرة آلاف فى اقسام الجراحة وواحد فى الالف فى اقسام الامراض الباطنة .

الاتجاهات الحديثة فى صناعة الدواء :

ظهرت فى السنوات الأخيرة اتجاهات حديثة فى صناعة الدواء ، بعد ان بدأ العالم يفتح آفاقا جديدة فى البحث العلمى وانتاج الدواء وذلك لزيادة فعالية الانسان فى حربه ضد المرض ومن اهم هذه الاتجاهات :

– تطوير الاشكال الصيدلية وطريقة تعاطى الدواء .
– تبسيط تركيب المستحضرات الصيدلية والالتزام بالجرعات العلاجية .
– استعمال الاسماء العلمية بدلا من الاسماء التجارية .
– استعمال العبوات محكمة الغلق .
– انتاج واستهلاك اصناف جديدة تندرج تحت مجموعات دوائية معينة .
– الاهتمام بالتوافر الحيوى للعناصر الفعالة فى جسم المريض .
– انتاج ادوية موجهة الى العضو المصاب او المؤثر .
– أدوية الأمراض النادرة .
– علاج الأمراض الوراثية .
– التوسع فى انتاج واستعمالات مركب انترفيرون .
– انتاج الانسولين من مصدر بشرى .

وفيما يلى عرض موضح لهذه النقاط :

١) تطوير الاشكال الصيدلية وطريقة تعاطى الدواء :

حدث فى السنوات الثلاث الاخيرة تطور ملحوظ فى الاشكال الصيدلية وفى طريقة تعاطى الدواء ووصلت الى الاسواق اصناف جديدة لها خصائص نادرة لم تكن موجودة فى خلال العشرين او الثلاثين عاما الماضية .

وقد بدأ التوسع فى استعمال الادوية التى تنفذ من الجلد ، ويوجد

حاليا فى الاسواق الخارجية ثلاثة اصناف من مستحضر نيتروجلسرين وكذلك سكوبولامين ، كما يتوقع ان يتوفر قريبا مستحضرات من أدوية القلب وشبيه الكورتيزون وكذلك الادوية التى تستعمل فى الامراض المزمنه ذات الجراعات الصغيرة .

ويستعمل النيتروجلسرين على شكل مرهم بكمية محدودة على مساحة محددة من الجسم ثم يغطى وقد ثبت ان استعمال هذه الطريقة اكثر فاعلية من الأقراص تحت اللسان حيث ان طريقة الاستعمال على مساحة من الجلد تضمن الجرعة لمدة ٢٤ ساعة .

كما تم انتاج مستحضر سكوبو لامين لعلاج حالات التوازن وذلك باستعمال لاصق خلف الاذن بعيدا عن الشعر ، حيث يسرى مفعول الدواء لمدة ثلاثة ايام ومستحضر نيوفللين لعلاج الربو بالطريقة نفسها .

وهناك طريقة استحدثت لانتاج اقراص يتحكم فيها الضغط الازموزى وتتلخص هذه الطريقة فى انتاج قرص مغلف من الخارج بمادة تسمح بنفاذ الماء ولا تسمح بنفاذ المواد الفعالة ويثقب الغلاف باستعمال اشعة الليزر وعندما يتعاطى القرص يتم امتصاص الماء من خلال الغشاء حيث يتم ذوبان الدواء بالتدريج فيزيد الضغط داخل الغشاء ويتسرب المحلول ببطء من خلال الثقب وقد انتج دواء الاندروميزاثين بهذه الطريقة . واستحدث كذلك شكل صيدلى جديد لعلاج المياه الزرقاء للعين يتكون من غشاء من لدائن خاصة تغلف العنصر الفعال ويوضع هذا الشكل الصيدلى تحت الجفن الاسفل للعين ويستمر وجوده وتأثيره لمده سبعة ايام متصلة .

وهناك شكل جديد من الكابسولات المهدئة للمستحضر ديازبام يطيل تأثيره المهدىء ويقلل فى الوقت نفسه من التأثيرات الضارة المصاحبة بحيث تصل اقصى نسبة له فى الدم بعد فترة تتراوح بين ٥ – ٨ ساعات من تعاطيه بينما النوع العادى تصل اقصى نسبة له بعد ساعتين من تعاطيه وتعطى الكابسولة ١٠ ملج منه نفس تأثير ثلاثة اقراص ٥ ملج من الديازبام العادى ولتقليل مشكلات المهدىء الى اقل حد ممكن يجب اخذ الكابسولات فى بداية المساء ويتكون هذا الشكل الجديد من كابسوله جيلاتينية معبأة بالمادة الفعالة مخلوطة مع مواد حاملة رغرويات مائية وتذيب محتويات المعدة الكابسولة ثم ترتبط مع الطبقة الخارجية للعنصر مكونة طبقة محيطة ثم بعد استهلاك هذه الطبقة تتكون طبقة ثانية وهكذا ، ولذلك فان تاثير الدواء يتم على دفعات متتابعة حيث يستمر تواجده فى المعدة فترة تتراوح بين اربع وعشر ساعات .

٢) تبسيط تركيب المستحضرات الصيدلية والالتزام بالجرعات العلاجية : تتجه صناعة الدواء فى العالم الى تبسيط التركيب بالنسبة للمستحضرات الصيدلية واصبحت الافضلية للادوية المركبة من عنصر فعال واحد منفرد ، وذلك لأسباب علمية واكلينيكية كثيرة من أهمها :

– ضمان عدم التفاعل بين العناصر الفعالة فى التركيبة الواحدة .

– التركيز على العنصر الرئيسى فى الدواء اللازم للتأثير الفارماكولوجى المطلوب .

– التحكم فى جرعة العنصر الفعال .

– استبعاد العناصر الاخرى التى قد يرى بعض الاطباء عدم أهميتها بالنسبة للعلاج ، أو احيانا ضررها .

– التركيبة المبسطة اكثر ثباتا من متعددة العناصر .

واهم الادوية التى ظهر الاتجاه فيها الى منع الازدواجية :

حقن مخلوط البنسلين والاستربتومايسين – خليط السجمايسين – المضادات الحيوية والفيتامينات – ادوية القلب ومهدئات الأعصاب – ادوية اسهال الاطفال مع المضادات الحيوية ،علاوة على التركيبات المتعددة من ادوية السعال والتى تختلط فيها العناصر الفعالة المسكنة والمنفثة التى توسع العضلات اللاارادية فضلا عن مضادات الهيستامين ،وكذلك الادوية المقوية والفيتامينات المتعددة ذات الجرعات الكبيرة التى تزيد على احتياجات المريض وتعتبر اسرافا بالنسبة للدولة والفرد .

ومن الملاحظ ان الشركات المحلية ما زالت تنتج فيتامين ب ١٢ المركب

مع فيتامينات اخرى على شكل امبولتين ومجموعات كبيرة غير لازمه مما يضاعف الفاقد ويزيد التكلفة بالرغم من أن الشركات العالمية قد انتجت هذا المخلوط فى امبول واحد .

٣) استعمال الاسماء العلمية بدلا من الاسماء التجارية :

مضى على استخدام اغلب الادوية شائعة الاستعمال مدة تتراوح بين ١٥ سنة واكثر من ٢٥ سنة وفى كل سنة ينضم الى هذه المجموعة أدوية جديدة انتهت مدة احتكارها واصبح انتاجها و بيعها حرا لكل من يستطيع ان تقوم بصناعتها .

وقد ثبت ان شركات الادوية تروج للاسماء التجارية وتتكلف فى سبيل ذلك مصروفات باهظة تزيد من سعر هذه الاصناف ، الامر الذى يضاعف تكاليف العلاج وقد بدأت اغلب دول العالم - المتقدم منها اوالنامى - فى التوسع فى استعمال الاسماء العلمية للدواء وخاصة المتداول منه فى المستشفيات العامة ووحدات العلاج التابعة للحكومة او الخاضعة لنظام التأمين الصحى ، وساهم ذلك فى تخفيف ميزانية الدواء بنسبة كبيرة . وقد صدرت قوانين فى اكثر من ٣٠ ولاية من الولايات المتحدة الامريكية تحتم على الاطباء كتابة الوصفة الطبية بالاسماء العلمية ، وامكن للمملكة المتحدة توفير مبلغ ٢٩ جنيه عام ١٩٨٢ بسبب استعمال الاسماء العلمية فى احد عشر نوعا من الادوية .

وبدأت منظمة الصحة العالمية فى التوسع فى اعداد قوائم بالاسماء غير التجارية منذ سنوات طويلة تضيف اليها كل عام قوائم جديدة .

ونظرا لأهمية ذلك وتنظيما لصرف الدواء ومنعا من الاحتكار واضعافا من تأثير الدعاية الترويجية للشركات العالمية فقد تبنى هذه القوائم عدد كبير من دول العالم وفى هذا الصدد قررت حكومة المانيا الغربية عدم تسجيل اصناف الدواء بالاسماء التجارية والتى سبق تداولها باسماء علمية وبدأت مصر منذ سنوات طويلة فى استعمال الاسماء العلمية فى الوحدات الحكومية فقط الا ان الاغلبية العظمى من الاصناف المنتجة والمستهلكة ما زالت تحمل الاسماء التجارية وفى كل سنة تضاف اسماء جديدة لنفس العناصر الحيوية ولنفس الاثر الطبى ، تبعا للشركة المنتجة برغم توافر بدائل اخرى كثيرة منتجة فى شركات اخرى وأحيانا فى نفس الشركة .

وبالنسبة لاقتراحات منظمة الصحة العالمية فى اختيار أسماء للاصناف فقد حددت شروط ذلك بان يدل الاسر العلمى (غير التجارى) على التأثير الفارماكولوجى اوالعلاجى او على عضو بذاته كما يجب ان يكون الاسم سهل النطق والكتابة وقصير المقطع .

٤) استعمال العبوات محكمة الغلق : نظرا لخطورة وجود المستحضرات الدوائية من الاقراص والكابسول فى متناول الاطفال فان اغلب دول العالم المتقدم بدأت فى تعميم استعمال العبوات المقاومة للفتح سواء فى العبوات التى تنتجها شركات الدواء او فى العبوات التى يتم تجزئة الدواء فيها فى الصيدليات .

ونظرا لسهولة تناول الاقراص والكابسول المعبأ فى شرائط بواسطة الاطفال الذين اعتادوا استعمال الحلوى معبأة فى عبوات مماثلة فان الاتجاه حاليا هو تفضيل استعمال العبوات المقاومة للفتح وخاصة فى الاصناف ذات السمية الكبيرة التى يحتمل ان تكون قريبة من متناول الاطفال أو المرضى المتخلفين عقليا .

وفى الدول التى ينص القانون فيها على استعمال عبوات خاصة عند تجزئة الدواء فى الصيدليات فان القضاء يدين الصيدلى الذى يصرف الدواء فى عبوة سهلة الفتح اذا حدث من ذلك خطورة على حياة وصحة احد الاطفال وهو أمر يفضل معه الغالبية العظمى من الصيادلة فى هذه الدول استعمال العبوة المحكمة الغلق .

ونظرا للمشكلات الكثيرة التى حدثت بسبب انتاج الادوية فى عبوات غير محكمة الغلق ونظرا لما حدث اخيرا فى الولايات المتحدة الامريكية عندما اضيف الى بعض انواع الكابسول المتداول مواد سامة فقد اعلنت الحكومة الامريكية ضرورة صرف الادوية التى تصرف بدون تذكرة طبية فى عبوات محكمة الغلق ، سواء اكانت على هيئة اقراص ام كبسولات ام

سوائل .

كما حثت الحكومة على ضرورة تسجيل تحذير للجمهور بعدم استلام الادوية غير محكمة الغلق .

٥) انتاج واستهلاك اصناف جديدة تندرج تحت مجموعات دوائية معينة : نظرا للتقدم الكبير الذى حدث خلال العقدين الاخيرين فى ابتكار ادوية جديدة فقد تغير نمط الانتاج والاستهلاك العالمى فى المجموعات الدوائية وقد تبين ان ٦٠ ٪ من الأدوية والمركبات الصيدلية المتكونه فى خلال العشرين سنة الماضية تنحصر فى المجموعات الآتية :

- مضادات الروماتيزم والتهابات المفاصل .
- المضادات الحيوية .
- مضادات الاورام .
- الهرمونات وخاصة اقراص منع الحمل .

وقد اصبح نمط استهلاك اهم المجموعات الدوائية عالميا على النحو التالى :

مضادات حيوية	١١ ٪
ادوية القلب والشرايين	٨ ٪
ادوية المفاصل	٥ ٪
ادوية الامراض النفسية	٤ ٪

وتتجه الابحاث والتطوير خلال السنوات القادمة لانتاج اصناف جديدة تندرج تحت المجموعات الدوائية الآتية :

- ادوية السرطان .
- مضادات الحيوية واسعة الطيف .
- ادوية القلب والشرايين .
- مضادات الحساسية .
- ادوية الشيخوخة .
- ادوية الأمراض النفسية .

ويزداد الطلب فى الدول النامية بوجه عام على المجموعات الآتية :

- مضادات الحيوية .
- ادوية السعال والبرد .
- الفيتامينات والمقويات .
- المسكنات .
- الهرمونات .

٦) الاهتمام بالتوافر الحيوى للعناصر الفعالة فى جسم المريض :

عندما يتناول المريض الدواء فان ذلك يكون بهدف وصول العناصر الفعالة الى سوائل وانسجة الجسم ، وليس كل ما يصنع من دواء يمكن ان يحقق هذا الهدف بكفاءة ولذلك كان لابد من اجراء بعض الابحاث والدراسات لمعرفة امكان وصول الدواء الى انسجة الجسم فى الوقت المناسب ويسمى ذلك بالتوافر الحيوى للدواء .

ويعتمد هذا التوافر ونجاحه على كثير من العوامل : يرجع بعضها الى المادة الفعالة ، والبعض الآخر الى الاضافات الكيماوية ، أو الى طريقة التصنيع وهذا هو سر الخبرة المتميزة فى هذه الصناعة الدقيقة .

وهناك عناصر مرتبطة بالمريض نفسه تعتبر هامة واساسية بالنسبة للتوافر الحيوى مثل : أمراض المعدة والأمعاء ونوع الغذاء الذى يتناوله ومواعيد تناول الدواء وغير ذلك من الاختلافات الفسيولوجية أو تباين الطباع .

وتتكلف دراسات التوافر الفسيولوجى مبالغ باهظة اذا تمت على كل الأدوية ، ولذلك فان هذه الاختبارات تتم فى الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة على بعض المستحضرات العامة والحيوية التى لايزيد عددها على خمسين مستحضرا .

٧ - انتاج أدوية موجهة الى العضو المصاب او المؤثر :

نظرا لان الادوية التى تستعمل حاليا تمتص وتوزع على سوائل الجسم بالكامل تقريبا ويختص منها العضو المصاب او المؤثر بنسبة

قليلة مثل بقية الاعضاء ، الأمر الذى ينتج عنه زيادة الجرعة واحتمالات زيادة نسبة السمية ، فان الاتجاهات الحديثة تسعى لانتاج اصناف يمكن ان تتجه مباشرة للعضو المطلوب التاثير علية وبذلك يمكن تخفيض الجرعة وتقليل احتمالات الآثار الجانبية الضارة .

ومن المعروف حاليا ان بعض الادوية المستعملة منذ سنوات لها هذه الخاصية ، ومنها : الادوية الى تستعمل لاغراض موضعية كالمراهم ونقط الاذن وقطرات العين وأدوية الاسنان والأدوية التى تعالج النزلات المعوية أو الديدان ، غير ان الادوية التى يلزم وصولها الى انسجة الجسم الداخلية فى اماكن محددة لم تكن معروفة حتى وقت قريب إلى أن بدأت شركات الدواء العالمية فى عمل التجارب لانتاج مثل هذه الاصناف الموجهة فى عام ١٩٧٠ .

وهى تتكون من فوسفوليبد مزدوج الطبقات به طبقة سائلة تحتوى على المادة الفعالة وطبقات دهنية أخرى بما يشابه الخلية الحية . وبذلك تكون المادة الفعالة متحوصلة فى هذا الغشاء حتى تصل الى المكان المطلوب دون الذوبان فى خمسة لترات من الدم بالاضافة الى السوائل الاخرى الموجودة فى جسم المريض .

ويوجد حاليا ادوية من هذا الصنف تصلح لالتهام الكرات والتى تصل الى بعض خلاياها الحيوية وقداثبتت هذه الادوية نجاحا ملحوظا، بالنسبة للتوجه الى الكبد لعلاج مرضى الليشمانيا .

٨) ادوية الامراض النادرة : يوجد فى الولايات المتحدة الامريكية ما يقرب من ٢٠٠٠ مرض نادر تتجنب شركات الدواء بامريكا وغيرها الدخول فى مجالات ابحاثها أو انتاجها لعدم وجود سوق استهلاكى اقتصادى لها وقد اعتمد مبلغ ٧٥ مليون دولار امريكى تصرف خلال السنوات الخمس القادمة كتعويض لخسائر شركات الادوية العامله فى هذا المجال مع منح ميزات ضرائبية ضخمة تصل الى تخفيض قدره ٧٥٪ وذلك للشركات التى تقوم بابحاث تهدف الى انتاج ادوية الامراض النادرة ، كما تصرف الحكومة الامريكية ٤ مليون دولار سنويا لتمويل الابحاث الخاصة بهذه الادوية بجانب المساعدة فى سرعة تسجيلها ، ومنحها فترة احتكار تزيد على المعدل العادى بسبع سنوات .

٩) علاج الامراض الوراثية : يبدو ان بعض الامراض مثل امراض الجهاز الدموى والقلب – البول السكرى – الاورام – امراض المفاصل – والامراض الطفيلية لها علاقة بالصفات الوراثية .

واول مراحل الوقاية من هذه الأمراض هى السيطرة على العوامل البيئية والعادات اليومية والاجتماعية والغذائية .

ولوحظ ان نسبة كبيرة من هذه الامراض الوراثية يمكن ان تستجيب للعلاج ، وسوف تتزايد هذه النسبة بواسطة استبدال المادة المفقودة .

كما امكن استنباط وانتاج أدوية باستعمال الهندسة الخلوية لعلاج الامراض الآتية :

البول السكرى – تصلب الشرايين – الامراض الفيروسية – السرطان – العقم – الامراض الهرمونية – الجروح والحروق – الروماتيزم والتهابات المفاصل – بعض امراض العظام – اصابة الإعصاب – النزيف – الانيميا – الهيموفيليا – التجلط – الصدمة – نقص المناعة .

١٠) التوسع فى انتاج واستعمال مركب انترفيرون : يوجد حاليا اكثر من ٧٢ شركة فى ١٤ دولة تقوم حاليا ببحث وتطوير هذا المستحضر الجديد وفيما يلى بيان بعدد هذه الشركات فى الدول المختلفة :

٢٧ فى الولايات المتحدة الأمريكية :
٢٤ فى اوربا
١٦ فى اليابان
١ فى استراليا
١ فى كندا

الى جانب ٣٨ جامعة ومركز بحوث ، وبذلك يكون المجموع ١١٠ منظمة فى انحاء العالم ويقوم المركز القومى للسرطان فى الولايات المتحدة الامريكية باختبارات اكلينيكية على استعمال المستحضر فى علاج السرطان وقد تعاقد المركز لشراء ٢٥٠ مليون وحدة قيمتها ٦.٥ مليون دولار .

ومنذ عام ١٩٧٨ تم استثمار ٧ مليون جنيه فى مجال التجارب الاكلينيكية .

ومن المتوقع ان تصل المبيعات من المستحضر الى بليون دولار عام

٢٠٠٠ . وستقوم جامعة القاهرة فى خلال هذا العام باقامة وحدة لهندسة الخلية يشترك فيها اساتذة من كافة الكليات التى لها علاقة بهذا المجال .

١١) انتاج الانسولين من مصدر بشرى : استمر العالم ينتج الانسولين من مصادر حيوانية سواء من بنكرياس الخنزير أو البعير ، وذلك منذ اكتشاف هذا الهرمون الحيوى .

ومع تطور العلم فى السنوات القليلة الماضية ومع بدء هندسة الجينات اصبح انتاج الانسولين من مصادر بشرية أمرا قابلا للتحقيق ، وقد انتج فعلا ومن المتوقع ان يتم الاتجاه نحو استعمال هذا النوع الجديد بسرعة كبيرة فى السنوات القليلة القادمة .

ويتقبل اعضاء المهن الطبية هذا الموضوع بحذر حيث ان تحويل المرضى من الانسولين الحالى إلى الانسولين الجديد قد يأخذ وقتا ليس بالقصير كما ان فائدته قد لاتكون بالضرورة افضل .

الأدوية الممنوعة فى دول أخرى

نظرا لان نظام تسجيل الأدوية التى تستورد او تنتج يعتبر الحارس الأولى على صحة وحياة المواطنين فقد كانت مصر من اوائل الدول النامية التى التزمت بوضع نظام محكم لتسجيل الادوية ضمانا لكى لا تتسرب اليها الأدوية المشكوك فى صلاحيتها او التى قد تؤثر على صحة المواطن ، وفى اطار هذا النظام منع استيراد بعض الادوية التى ظهرت سميتها بعد التداول .

عواقب عدم فهم المريض لكيفية تناول الدواء :

يعانى كثير من المرضى من عدم قدرتهم على فهم التعليمات الخاصة باستعمال الدواء من حيث الجرعة وطريقة الاستعمال وتوقيته علاوة على عدم فهم التعليمات الخاصة بالامتناع عن استعمال الدواء ويرجع ذلك الى عدة اسباب اهمها :

× انتشار الامية .

× قصر المدة التى يقضيها الطبيب مع المريض

× قصور الشرح فى النشرة الطبية التى توجه اصلا الى الطبيب .

وتحدث يوميا مشكلات وحوادث مؤسفة بسبب عدم فهم المرضى التعليمات الصحيحة اللازمة لتناول الدواء .

وفى دراسة ميدانية اجريت فى المملكة المتحدة اتضحت خطورة هذا الوضع ، ليس فقط بالنسبة للاميين ولكن بالنسبة لكثير ممن يجيدون القراءة ، وقد خلصت هذه الدراسة الى ضرورة الاهتمام بتوضيح تعليمات تعاطى الدواء ، والذى يعتبر المسئولية المباشرة لكل من الطبيب والصيدلى ، واقترحت ان تتضمن النشرة الطبية التعليمات اللازمة لتعاطى الدواء والنصائح الموجهة الى المريض بطريقة تيسر له تناول الدواء بطريقة سليمة تمنع الخطأ ، وتجنبه المخاطر الناشئه عن سوء الاستعمال .

واقترحت الدراسة ان تكون بعض هذه التعليمات عن طريقة الاستعمال ، باعداد نشرة مع كل دواء موجهة الى المريض وبها رسوم مبسطة توضح الطريقة الصحيحة لاستعمال وتناول الدواء من حيث الجرعة والأوقات حتى يتوقف المريض عن الاستمرار فى استعمال الدواء وحتى يلتزم باستشارة الطبيب .

الدعم الحكومى للدواء :

تحرص الحكومات على توفير الدواء باسعار مخفضة تقل كثيرا عن تكلفة استيراده او تكلفة انتاجه محليا ، بحيث يتناسب السعر مع دخل الغالبية العظمى من المواطنين .

وتتحمل الدولة جزءا ضئيلا كدعم مباشر على صورة اعانة سنوية لمواجهة الخسائر الناتجة عن زيادة تكلفة الاستيراد من الخارج . وتتحمل الشركات المستوردة والمنتجة محليا باقى الخسائر الناتجة عن زيادة التكاليف ، والتى اصبحت تمثل خسائر فعلية وخاصة بالنسبة لما يتم استيراده من الخارج ، بسبب التضخم العالمى وزيادة اسعار صرف العملات الاجنبية .

وتساير مصر باقى دول العالم فى سياسة توفير الدواء بأقل الأسعار الا ان الأمر يتطلب اعادة دراسة مجالات الدعم سواء المباشر أو غير المباشر ، فى مجال الدواء لتوجيهه الى المستحضرات اللازمة للغالبية العظمى من المواطنين أو ذات الصفة الاستمرارية فى العلاج .

وبرغم حرص الحكومات فى الخارج على دعم الادوية الاساسية اللازمة للابقاء على الحياة ، فانها تحاول جاهدة تخفيض أو الغاء الدعم على الادوية الاخرى ، حسب اهميتها فى الحفاظ علي المستوى الصحى المطلوب لمواطنيها ، وايجاد توازن بين اسعار تكلفة الادوية والسعر المدعم لضمان استمرار الشركات المحلية فى عمليات التطوير والاحلال والتوسع ، فمثلا اصدرت فرنسا قانونا بتخفيض الدعم الحكومى بنسبة تتراوح بين ٤٠٪ ، ٧٠٪ على ١٢٠٠ مستحضر دوائى ، منها الفيتامينات ومضادات الجروح وادوية الجهاز الهضمى ومضادات الحموضة والهرمونات .. كما خفضت الدعم بنسبة ٧٠٪ الى ١٠٠٪ على ١٥ صنفا آخر ، بينما اوقفت الاعانة كلية عن سبعة اصناف ومع تخفيض هذا الدعم فان الحكومة هناك تقاوم زيادة اسعار الدواء كلما امكن ذلك . وقد نجحت فى الا تكون الزيادة فى سعر الدواء فى خلال عام ١٩٨٢ اكثر من ٥٪ .

وفى ايطاليا ادخلت بعض التعديلات على الدعم الحكومى لاصناف الادوية ، فبعد ان قسمت الأدوية الى مستويات مختلفة حسب اهميتها للانسان ، قررت الاعانة الكاملة على الادوية الأساسية اللازمة لحفظ الحياة فقط ، ولم تعتبر المضادات الحيوية والعلاجات الكيميائية منها ، بل برزت مساهمة المرضى فيها بنسبة ٥٪ من الاعانة المقررة لها ، وكذلك مساهمة المرضى بنسبة ٢٠٪ من قيمة الاعانة على باقى الادوية ، وفى نفس الوقت عينت الحكومة مفوضا عنها فى اللجان التى تقوم بتسعير الدواء .

وفى اسبانيا تضغط الحكومة بشدة للحفاظ على مستوى سعر الدواء دون تغيير ، وقد نجحت فى ذلك خلال عام ١٩٨٢ ويقدر المسئولون الا تزيد الاسعار فى خلال عام ١٩٨٣ بنسبة أكثر من ٨٪ .

كذلك طالبت ادارة الانشطة الصيدلية التابعة للحكومة البرتغالية بقصر الاعانة الحكومية على الادوية الاساسية ، واعادة النظر فى معدلات الاعانة الحكومية بالنسبة للادوية الاخرى .

ويتضح مما سبق اهمية الحاجة الى استمرار دعم بعض اصناف الدواء وتحديد سعره تحقيقا لمبدأ الصحة للجميع الذى تتبناه الحكومه ، والتحديد الدقيق لأصناف الادوية الاساسية اللازمة لابقاء الحياة ، وتصنيف باقى الادوية الى مستويات حسب تركيبها ودرجه لزومها لحفظ المستوى الصحى للمواطنين . مما قد يساعد فى تحديد مقدار الاعانة المطلوبة لكل صنف من الدواء .

وبالنسبة للادوية المستوردة فقد لوحظ ان الشركات العالمية تقدم الأدوية الجديـــدة – ســـواء اكان ذلك اكتشافا جديدا ام تطويرا لدواء قديم – باسعار مرتفعة آخذة فى الاعتبار ما حدث من تثبيت لسعر الدواء لسنوات طويلة ، وأصبح من الممكن أن يغطى السعر الجديد التضخم المتوقع فى خلال عدد من السنوات القادمة .

اما بالنسبة للادوية المحلية فقد بدأت الشركات المنتجة ، سواء التابعة للقطاع العام أو غيرها ، فى تعديل تركيبات وعبوات بعض مستحضراتها وتقديمها بشكل جيده وتم ذلك فى ٥٦ مستحضرا .

التوصيات

وعلى ضوء ما تقدم وما دار فى المجلس من مناقشات ، ومع التأكيد على التوصيات السابق صدورها من المجلس بتاريخ ١٩٨١/١/٢٠ فى شأن استراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠ واهمية السير فى تنفيذ مالم يتم تنفيذه منها – فان المجلس يوصى بالآتى :

* الالتزام بتطبيق قواعد الممارسة الجديدة لصناعة الدواء الحالية خلال ثلاث سنوات وفى المصانع الجديدة عند اعطاء الترخيص ، سواء فى الاقسام الانتاجية أو الرقابة على جودة الانتاج ، أو فى المخازن ، الأمر الذى يقتضى تنفيذ القرارات الصادرة من جهات الاختصاص فى هذا الشأن .

* متابعة التطور السريع فى استعمال الأدوية من المصادر النباتية ، والتوسع فى انتاجها محليا ، وخاصة بالنسبة للعناصر الفعالة التى تزرع مصادرها فى مصر أو فى السودان ، وتشجيع القطاع الخاص

على المساهمة فى هذا المجال بتخصيص جوائز ايجابية كبيرة للمتفوقين فيه ودعوتة لانشاء شركات مساهمة لهذا الغرض .

* متابعة النظم العالمية بشأن خطوات تسجيل الأدوية والعمل على تكثيف تطبيقها محليا ، وخاصة بالنسبة للأصناف الحديثة ، مع ادخال بحوث التوافر الحيوى بالنسبة للأصناف التى تحتاج ذلك .

* استمرار متابعة البحوث العالمية بخصوص التطور فى الأشكال الصيدلية ، والعمل على نقل التقنية الحديثة فى هذا المجال .

* مطالبة اللجان العلمية بقطاع الدواء بالاسراع فى اتمام دراسة الأصناف المتداولة فى السوق المصرية تمهيدا لتعديلها ، بهدف استبعاد الأصناف التى لم تصبح مطابقة لأحدث التطورات العلمية ، والعمل على تقليل عدد العناصر الفعالة فى الدواء الواحد ، والغاء الأصناف التى ثبت عدم ارتفاع درجة فاعليتها .

* مراجعة تواريخ انتهاء مفعول المستحضرات الدوائية المنتجة محليا والتوسع فى تحديد الأصناف التى يرى ضرورة تسجيل تاريخ انتهاء فاعليتها .

* الاهتمام بالاتجاهات الحديثة فى شأن هندسة الخلية والافادة منها فى مجال صناعة الدواء ، علاوة على المجالات الأخرى ، فى تنمية الثروة الحيوانية والنباتية .

* استمرار عملية ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمجموعات الدوائية التى ثبت الاسراف فى استخدامها ، وسرعة اصدار القرارات اللازمة التى تحتم وجود تذكرة طبية وخاصة بالنسبة للمضادات الحيوية والهرمونات وأدوية الروماتيزم الحديثة ، وأدوية الأعصاب والأمراض النفسية .

* التوسع فى استعمال الأسماء العلمية فى الأدوية المتداولة ، سواء المحلية أو المستوردة ، مع العمل على اصدار القرارات التى تنظم كتابة التذاكر الطبية بالاسماء العلمية دون الأسماء التجارية كلما أمكن ذلك ، وتيسير ذلك على الأطباء والصيادلة بعمل الدليل والنشرات اللازمة للتعريف بمختلف هذه الأدوية ، وان تتضمن هذه النشرات ما يوضح للمرضى - بصفة خاصة - الطريقة السليمة لاستعمال الدواء بالنسبة للأدوية التى يخشى سوء استعمالها .

* تنظيم عملية تسجيل الأعراض الجانبية التى قد تحدث بسبب استعمال الدواء ، وذلك بتوعية أعضاء المهن الطبية ، وحثهم على ضرورة تسجيل ملحوظات وشكاوى المرضى من استعمال بعض الأدوية وابلاغها الى الجهات المسئولة التى يقترح أن تكون الجمعية الطبية المصرية والجمعية الصيدلية المصرية ، مع الاستفادة بمركز السمية الموجود فى كلية طب عين شمس .

* تنظيم ندوات يشارك فيها جمعية اصدقاء المرضى ووزارة الصحة ، وقطاع الدواء ونقابتا الأطباء والصيادلة ، وشعبة الخدمات الصحية بالمجالس القومية ، وذلك لشرح الأبعاد المختلفة للدواء ، واستخداماته ، ونشر الثقافة الدوائية التى تعالج مختلف الجوانب ، بما فى ذلك آثار بعضها على بعض واثر المأكولات عليها ، الامر الذى يؤدى احيانا الى الحاق الضرر بمن يتناول الدواء .

* ادخال العبوات محكمة الغلق بالنسبة للأدوية التى يخشى من سوء استعمالها على الأطفال والمتخلفين عقليا ، والعمل على انتاجها محليا .

* زيادة الاهتمام بمكسبات الطعم والرائحة فى الأدوية بوجه عام ، وفى ادوية الاطفال بوجه خاص .

* توجيه البحوث العلمية فى كليات الطب والصيدلة والعلوم وشركات الأدوية ومراكز البحوث العلمية للتركيز على البحوث التطبيقية فى مجال ابتكار او تطوير الأدوية ، على ان يراعى ذلك فى رسائل الماجستير والدكتوراه ، مع ربط هذه البحوث والدراسات باحتياجات القطاع الصحى والدوائى .

السلامة والصحة المهنية

صاحب التطور التاريخي للنهضة الصناعية ، اكتشاف الأخطار المهنية التى يتعرض لها العاملون ، سواء فى المجال الصناعى أو الزراعى .

ومع التقدم التكنولوجى فى علوم الطب والوقاية ، نشأ علم الصحة المهنية ، وهدفه اكتشاف الأخطار الصحية المهنية ومصادرها ، ووقاية العامل بالوسائل الفنية البيئية ، وذلك بالكشف الطبى الابتدائى ، لاستطلاع حالته الصحية قبل التعرض لهذه الأخطار والكشف الطبى والدورى عليه بعد التعرض ، لاكتشاف الأمراض فى حالة مبكرة ، وعلاجها قبل استفحالها ، مع تلافى أسباب التعرض لها وبهذا تضمن الوحدات الانتاجية الاحتفاظ بقدرات العامل الجسمانية والنفسية ، حتى يستطيع القيام بواجبه الانتاجى ، بدلا من أن يصبح عالة على المجتمع فى حالة المرض أو العجز .

ويلاحظ أن العاملين فى المجالين الصناعى والزراعى فى الدول النامية ومن بينها مصر - يتعرضون للأمراض المتوطنة والعامة بجانب الاخطار الصحية فى بيئة العمل ، ونتيجة لهذا التعرض المزدوج تتضاعف أمراضهم اكثر من الفئات الأخرى ، مما يوجب مضاعفة الرعاية والوقاية لهم .

وقد أطلق على هذا النوع من الرعاية ، فى مصر وحتى وقت قريب : الأمن الصناعى مسايرة للتقدم والتطور الصناعى الذى واكب ثورة يوليو ١٩٥١ . ثم غير المصطلح ليحقق المعنى العلمى الصحيح المعروف دوليا وهو السلامة والصحة المهنية لأن مفهوم السلامة يشمل جميع المهن صناعية وغير صناعية .

الأهداف الأساسية :

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد أهداف السلامة والصحة المهنية بتحقيق الأمنيات الآتية :

أمن الموقع : وذلك بحسن اختياره طبقا لنوع الصناعة او المنشأة ونشاطها وأخطارها المحتملة بما يضمن سلامة العمل والبيئة الخارجية والمنشآت .

أمن المبنى : ويتحقق بحسن تخطيطه انشاء وتصميما ، بحيث يكفل الأمن والأمان للعمال والمعدات والخامات والبيئة .

أمن الآلات والمعدات : عن طريق وفرة أجهزة الأمان لها تصميما أو تعديلا .

أمن المواد الخام : بتوفير شروط الأمان لطرق تخزينها وتداولها بمختلف الأقسام الصناعية الأخرى .

أمن الانسان : ويتم بتحقيق عوامل الامن السابقة وبشرط التدريب الجيد ، لمن يعمل داخل بيئة العمل ، على فنية عمله واخطاره وطرق الوقاية منه مع متابعته بعد ذلك على مستوى الاستيعاب ودرجة التنفيذ .

ويشترط ، بداية ، ان يكون المستوى الطبى للعامل لائقا لعمله ، حتى يكون للكشف الطبى الدورى جدواه فى متابعة حالته الصحية عند التعرض لأخطار المهنة صحيا .

أهمية تدابير السلامة والصحة المهنية :

وبهذا المفهوم الشامل تعتبر السلامة والصحة المهنية بشقيها في اطار واحد ، من الضرورات الحيوية والقومية لدعم الانتاج وتنمية اقتصاد الدولة ، حيث ان حوادث العمل والاصابات والامراض المهنية

تؤدى الى خسائر بشرية ومادية جسيمة ، الى جانب الخسائر الكبيرة غير المحسوبة فى البيئة الخارجية من كائنات حية وطبيعية ، نتيجة لتسرب فضلات الصناعة الغازية أو الصلبة أو السائلة كما أن الآثار التى تترتب على عدم الاخذ باحتياجات وتدابير السلامة والصحة المهنية لها جوانب اخرى انسانية واجتماعية .

فضلا عن أن الحفاظ على القوى العاملة المدربة يعتبر حماية للثروة القومية الأولى بالبلاد ، وأن احاطتها بسياج من الامن والأمان يمثل استثمارا أكيدا لطاقاتها المنتجة .

الأوضاع التنظيمية والتشريعية الراهنة :

من الحقائق المسلم بها أن القوى العاملة أيسر استثمارا وأسرع عطاء فى مجال التنمية الاقتصادية كلما توفرت أسباب الرعاية والحماية والدقة التنظيمية والتشريعية ، ويستفاد من تتبع هذا الموضوع - فى المرحلة الحالية والسابقة - تعدد الأجهزة العاملة فى هذا المجال ومن ثم تباين اساليب ادائها ، وتعدد تشريعاتها . ويتضح ذلك على سبيل المثال لا الحصر - من العرض الآتى :

أولا : الوزارات المعنية :

وزارة القوى العاملة والتدريب :

الأجهزة :

- الادارة العامة للامن الصناعى .
- المركز القومى لدراسات الأمن الصناعى .
- المجلس الاستشارى الاعلى للأمن الصناعى .

التشريع : قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ وقراراته الوزارية المنفذة له .

وزارة التعمير والاسكان واستصلاح الاراضى :

الاجهزة :

- الادارة العامة للرخص واللوائح

التشريع :

- قوانين رخص المحال رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ فى شأن المحال التجارية وغيرها .
- قوانين رخص المحال رقم ٣٧١ لسنة ١٩٥٦ فى شأن المحال العامة .
- قوانين رخص المحال رقم ٣٧٢ لسنة ١٩٥٦ فى شأن الملاهى .
- قرار جمهورى رقم ٩٩١ لسنة ١٩٦٧ بشأن بعض أحكام الامن الصناعى والترخيص باقامة المحال الصناعية والتجارية والمحال العامة والملاهى .
- قانون رقم ٣ لسنة ١٩٨٢ فى شأن التخطيط العمرانى .

وزارة الصحة :

الأجهزة :

- الادارات العامة لصحة البيئة .
- الادارة العامة للصحة المهنية .
- مكتب الوقاية من الاشعاعات .
- مركز صحة البيئة والصحة المهنية .

التشريع :

- قانون رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠ لاستخدامات الأشعات المؤينة والوقاية منها .
- قرار جمهورى رقم ٢٧٠٣ لسنة ١٩٦١ بانشاء لجنة عليا للمياه .
- قرار جمهورى رقم ٨٦٤ لسنة ١٩٦٩ بانشاء اللجنة العليا لحماية الهواء من التلوث .
- قانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٧٨ فى شأن مياه الشرب .
- قانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨١ فى شأن المنشآت الطبية .

وزارة الزراعة والامن الغذائى :

الأجهزة :

- الادارة العامة للوقاية من الحشرات والآفات .
- مركز البحوث الزراعية المتخصصة .

التشريع :

- قانون رقم ٥٣ لسنة ١٩٦١ لتأمين العاملين فى مجال الزراعة .

– قرار رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٧ لتأمين العاملين من مخاطر المبيدات ونظم وتداولها .

وزارة الصناعة والثروة المعدنية :

الاجهزة :

– مصلحة المناجم والمحاجر .

– مصلحة الكفاية الانتاجية .

التشريع :

– قانون رقم ٢٧ لسنة١٩٨١ بشأن تشغيل عمال المناجم والمحاجر .

– قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٨ بشأن الآلات الحرارية والمراجل البخارية .

– قرار جمهورى رقم ٩٩١ لسنة ١٩٦٧ بتنسيق العمل بين أجهزة الأمن الصناعى بوزارة العمل والصناعة والاسكان .

وزارة الرى :

التشريع :

– قانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٨١ بشأن الرى والصرف لتأمين البيئة من مخلفات المصانع .

– قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ بشأن رخص الالات الحرارية والمراجل البخارية .

– قانون حماية نهر النيل .

وزارة الداخلية :

الأجهزة :

– مصلحة الدفاع المدنى

– شرطة المسطحات المائية

التشريع :

– قانون رقم ٦٦ لسنة ١٩٧٣ بشأن الحد من الحرائق ومكافحتها .. الخ .

– قانون رقم ١٠٧ لسنة ١٩٨٢ بشأن اجهزة الدفاع المدنى للمنشآت الصناعية .

وزارة السياحة والطيران المدنى :

التشريع :

– قانون رقم ١ لسنة ١٩٧٣ والخاص بمنح رخص المنشآت الفندقية والسياحية .

وزارة الكهرباء والطاقة :

التشريع :

– قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ بشأن الالات الحرارية والمراجل البخارية لوزارة الكهرباء .

وقد حدد هذا القانون أن لكل وزارة مثل : البترول – الرى – الصناعة – الانتاج الحربى – الكهرباء –الحق فى اعطاء المنشآت الخاضعة لها حق منح هذه التراخيص وكذلك وزارة الحكم المحلى التى لها الحق فى اختيار (اجهزة اطفاء الحريق وتعبئتها) .

ثانيا : اجهزة استشارية فى مجال السلامة والصحة المهنية :

– المجلس الأعلى للسلامة والصحة المهنية ولجانه بالمحافظات (وزارة القوى العاملة والتدريب) .

– جهاز حماية البيئة (مجلس الوزراء) .

– مكاتب الهيئة (بالمحافظات) .

ثالثا : أجهزة أكاديمية تعمل فى مجال السلامة والصحة المهنية :

– المركز القومى للبحوث بالدقى .

– اقسام طب الصناعات وأمراض المهنة ودراسات البيئة بالجامعات .

– المعهد العالى للصحة العامة بالاسكندرية .

رابعا : اجهزة شعبية لها دورها فى مجال السلامة والصحة المهنية :

– الاتحاد العام لنقابات عمال مصر ، ويتمثل فيما يلى :

• سكرتارية الأمن الصناعى وفروعها فى النقابات العامة واللجان النقابية .

• معهد الامن الصناعى التابع للمؤسسة الثقافية العمالية .

القطاع الزراعى وأوضاعه :

يمثل قطاع الزراعة الحجم الأكبر للعمالة فى مصر ، ومع ذلك لم ينل العاملون به – حتى الآن – الاهتمام الكافى فى مجال السلامة والصحة المهنية ، بالقدر الذى وجه الى العاملين فى المجال الصناعى ، على الرغم من أن طبيعة العمل الزراعى توجب زيادة الاهتمام بالبيئة الزراعية ، مع ضرورة الحاجة الى ذلك بسبب خصائص هذا القطاع ، والتى تتلخص فيما يأتى :

– عدم انتظام ساعات العمل . بعكس انتظام ساعات العمل فى الصناعة .

– العمالة المؤقتة ومشاكلها العديدة .

– العمال الزراعيون ليس لهم تنظيم قوى مثل عمال الصناعة ، يدافع عن حقوقهم .

فمثلا : لا يتمتع العامل الزراعى بحق الحصول على اجازة مرضية بأجر .

– مكان العمل الزراعى عادة فى البيئة الخارجية التى لا يمكن التحكم فيها (بعكس البيئة الصناعية) مما يعرضهم لتقلبات الجو والاتربة والامراض المتوطنة .

– طبيعة عمل العمال الزراعيين ، ومعيشتهم بالقرب من الحيوانات ، تعرضهم للأمراض التى يمكن ان تنتقل من الحيوان الى الانسان .

– اماكن المعيشة ذات مستوى متواضع وكثير منها غير صحى .

– اشتراك النساء والاطفال فى العمل الزراعى .

– تعرضهم للمشاكل الناتجة عن استخدام التكنولوجيا الحديثة مثل الميكنة الزراعية والمبيدات الحشرية .

السلامة والصحة المهنية فى قانون العمل :

تشمل تشريعات باب السلامة والصحة المهنية بقانون العمل الجديد رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ والقرارات الوزارية المنفذة له ، كثيرا من الأهداف تطويرا لاحكام الامن الصناعى بقانون العمل السابق رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ ، وخاصة ما يأتى :

– تعديل تعريف الامن الصناعى بمفهومه العلمى بالسلامة والصحة المهنية ليكون اشمل وعلى مستوى جميع الأنشطة الاقتصادية (صناعة – زراعة – تجارة – خدمات كهرباء – بترول) .

– سريان احكام هذا الباب (باب السلامة والصحة المهنية) على جميع المنشآت الخاضعة للقطاعات المختلفة بالدولة (خاص – عام حكومى – استثمارى) .

– انشاء اجهزة للسلامة والصحة المهنية تتكون من اخصائيين فى الطب والهندسة والعلوم والزراعة والصيدلة – بالاضافة للمهن المعاونة من علم نفس واجتماع واحصاء وغيرها وفنيين للسلامة والصحة المهنية للمنشآت التى يعمل بها خمسون عاملا فاكثر ، على أن يستخدموا اجهزة القياس المناسبة للنشاط المزاول مع تمثيل اجهزة السلامة والصحة المهنية فى هذه المنشآت فى اختيار المواقع الحديثة للعمل أو التوسعات ، والاشتراك فى اعمال التدريب والمتابعة الفنية داخل الاقسام ووحدات العمل المختلفة .

– الرعاية الطبية للعاملين : بتحديد نظم العلاج والكشف الطبى الابتدائى ، والدورى ، وخاصة العمالة المعرضة للامراض المهنية ، والزام اطباء المنشآت بالتخصص فى طب الصناعات وامراض المهنة أو حضور دورات تدريبية متخصصة فى هذا المجال .

– افراد بند خاص لتأمين بيئة العمل للوقاية من المخاطر الهندسية والطبيعية والكيمائية والسلبية والحريق .

الأسس الجديدة فى قانون العمل :

وبالاضافة الى التعديلات السابقة فقد تضمن القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، مجموعة من الأسس اهمها ما يأتى :

- مراعاة موقع المنشأة واماكن العمل ، بما يتفق مع احكام قانون التخطيط العمراني وقراراته المنفذة وتعديلاته .

- ان تكون العمليات الصناعية من الخام للانتاج بالمنشأة ، وعلى مختلف الانشطة ، غير ضارة بصحة العاملين او سلامتهم ، وان يكون هناك اخصائيون وفنيون للسلامة والصحة المهنية فى كل وردية باقسام الانتاج الرئيسية .

- الا تجرى اية انشاءات او تعديلات او توسعات فى المبانى او مواد الانشاء أو الآلات أو الماكينات أو الاجهزة الخطرة ، الا بعد الحصول على الموافقة على مواقعها بالمنشأة واعتماد الرسوم الهندسية من الجهات المعنية .

- ان يراعى فى الاجهزة والآلات والمواد ، المواصفات القياسية الصادر بشأنها قرارات معتمدة من الهيئة العامة للتوحيد القياسى بوزارة الصناعة .

- اعداد جهاز متخصص يقوم بالتفتيش على المنشآت الخاضعة لهذا الباب ، وأن تتوفر فى افراد هذا الجهاز المؤهلات العلمية والخبرة المناسبة فى النواحى الطبية والهندسية والكيميائية ، وتزويدهم باجهزة ومعدات القياس مع كفاءة الامكانات اللازمة . وذلك بالاضافة الى مايأتى :

× التفتيش على المنشآت التى تخضع لاحكام قوانين رخص المحال .

× التفتيش على المنشآت التى تخضع للقانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٧١ الخاص بتشغيل العاملين بالمناجم والمحاجر .

× التفتيش على المؤسسات العلاجية .

- انشاء مجلس استشارى اعلى للسلامة والصحة المهنية على مستوى الدولة - تكون له لجان بالمحافظات - ويضم الجهات المعنية فى هذا المجال ، ويهتم برسم سياسة السلامة والصحة المهنية .

الفقد الناتج من عدم اشتراطات السلامة والصحة المهنية :

يتكون هذا الفقد نتيجة للحوادث والاصابات والامراض المهنية كما يلى :

أولا : خسائر بشرية : وذلك بالوفاة أو العجز نتيجة لحادث أو مرض مهنى ، أو الغياب نتيجة للاجازات المرضية .

ثانيا : خسائر مادية :

- مباشرة : اجر العامل - قيمة الآلة او المبنى او المواد الخام .

- غير مباشرة : فى بيئة العمل :

× الأثر على نوعية الخام ومستوى الانتاج .

× الوقت الضائع نتيجة للحوادث والإصابات والامراض .

× الأثر على العلاقات الانسانية بين العاملين .

فى البيئة الخارجية :

- التأثير على الكائنات الحية (انسان - زراعة - حيوان .. الخ) خارج بيئة العمل ، نتيجة للمخلفات السائلة اوالغازية ، بما يؤثر على حياتها أو كفاءتها .

- التأثير على الطبيعة وجمالها ، بما يحيلها الى بيئة لا تصلح للكائنات الحية .

هذا وقد اختلفت الباحثون فى تقدير نسبة الخسائر المباشرة الى الخسائر غير المباشرة ما بين ١ : ٥ ؛ و ١ : ١٠ و ١ : ٢٥ وذلك تبعا لمستوى تشريعات السلامة والصحة المهنية فى البلاد التى اجريت فيها البحوث ، ومدى استيعابها وتنفيذها للاشتراطات الواجبة التى تؤدى للأمن والامان والسلامة لجميع عناصرها اما فى مصر فلم تتم حتى الآن دراسة لحساب هذه النسبة . وقد حسبت فى هذه الدراسة تقديريا مع الحيطة ١ : ٥ .

مؤشرات احصائية :

تشير بعض الاحصاءات والبيانات الرسمية الصادرة عام ١٩٧٧

وعام ١٩٨٣ ، الى أن الخسائر المحققة فى المنشآت من الناحية الاقتصادية البحتة تمثل خسائر مباشرة .

وان خسائر القطاع العام وحده بلغت نحو ٥٦٢ مليون جنيه . وذلك لأسباب كثيرة متنوعة .

وبالرغم من أن هذه الخسائر تمثل عبئا كبيرا على الثروة القومية فهناك خسائر أخرى جسيمة وغير واضحة المعالم ، او مجمعة فى احصائيات يومية كاملة بتكاليفها المباشرة ، وهى قيمة الفقد والضياع الذى يسببه عدم الالتزام بتنفيذ اشتراطات السلامة والصحة المهنية داخل المنشآت خاصة الصناعية والزراعية وما ينتج عنها . من حوادث واصابات جسيمة وأمراض مهنية وحريق . مما يؤثر على مستوى الانتاج كما ونوعا وعلى العمالة المدربة والآلة والمواد وأثرها على الكائنات الحية بها والطبيعة ذاتها . كذلك مايسببه هذا التلوث من خلل كبير فى العلاقات الانسانية والاجتماعية والنفسية .

وبدراسة احصائيات الحالات المرضية والأمراض المهنية والحوادث الجسيمة التى اصدرتها الادارة العامة للاحصاء بوزارة القوى العاملة والتدريب لعام ١٩٨١ – وهى موزعة حسب النشاط الاقتصادى فى المنشآت التى بها ١٠٠ عامل فأكثر وبحساب أيام الفقد والضياع بالنسبة للاصابات والأمراض المهنية والحريق – يتبين ما يأتى :

أولا : الخسائر المباشرة :

– عدد المشتغلين بالمنشآت التى بها ١٠٠ عامل فأكثر ١.٠٥١.٧٩١ عامل تقريبا = ١.٠٥٢.٠٠٠ عامل .

– عدد أيام الفقد بسبب الأمراض المهنية (١٠٠ عامل فأكثر) = ٤.٦٨٥ يوم

– ايام الفقد بسبب اصابات العمل (١٠٠ عامل فأكثر) = ٣.٦٤٢.٨٦٢ يوم .

– مجموع أيام الفقد بسبب الاصابات وامراض المهنة (١٠٠ عامل فأكثر) = ٣.٦٤٦.٥٤٧ يوم .

– متوسط الأجر اليومى سنة ١٩٧٧ = ١٣١ قرش .

– متوسط الأجر اليومى سنة ١٩٨١ (بمضاعفة أجر ١٩٧٧) = ٢٦٢ قرش .

– قيمة الفاقد بسبب الاصابات والأمراض (١٠٠ عامل فأكثر) = ٩.٥٧٣،٩٥٣ جنيه .

– عــدد العمال المنتجين فى مصر سنة ١٩٨١ = ٩.٧٩٩.٠٠٠ عامل .

– قيمة الفاقد التقديرى المباشربالنسبة لمجموع المنتجين فى مصر بسبب الامراض المهنية والاصابات =

$$\frac{٩٥٧٤٠٠٠}{١٠٥٢٠٠٠} \times ٩٧٩٩٠٠٠ = ٨٨.٥٠٢.٤٨٢$$

– قيمة الفاقد غير المباشر التقديرى (على اعتبار المباشر لغير المباشر ١ :٥) بسبب الاصابات وامراض المهنة =

٨٨.٥٠٢.٤٨٢ × ٥ = ٤٤٢.٥١٢.٤١٠ جنيه .

– مجمـــوع الفاقد المباشر + غير مباشر (٩+١٠) = ٥٣١.٠١٤.٨٩٢ (أ) .

ثانيا : خسائر الحريق :

– الخسائر المباشرة = ١٥.١٠٨.١٧١ .

– الخسائر غير المباشرة (١:٥) = ٧٥.٥٤٥.٨٥٥ .

– مجموع الخسائر المباشرة + الغير مباشرة = ٩٠.٦٥٤.٠٢٦ (ب)

ثالثا : مجموع خسائر الاصابات والامراض المهنية (أ + ب) + خسائر الحريق = ٦٢١،٦٦٣.٩١٨ جنيه

واذا كانت هذه الارقام تمثل عينة حقيقية فى جزء من قطاع الصناعة ، فانها لا تشمل هذا القطاع على مستوى الجمهورية ، كما لاتشمل قطاعات هامة اخـــرى مثل : الزراعة والصيد ، العمال الموسميين .

ومن دراسة الاحصائيات السابقة يتبين ما يأتى :

- عدم حساب نسبة الامراض المهنية التى تعالج على انها عادية للاسباب الآتية :

• لم تحدث دراسة حتى تاريخه لمعرفة هذه النسبة .

• عدم وجود اخصائيين لطب الصناعات وامراض المهنة فى معظم المنشآت لتشخيص هذه الامراض مبكرا وتمييزها عن الامراض العادية والمزمنة .

- الانخفاض الظاهر فى الأيام الفاقدة بسبب الامراض المهنية بالاحصائية للأسباب الآتية :

• عدم التزام المنشآت بالكشف الطبى الابتدائى والدورى .

عدم تخصص أطباء المنشآت فى طب الصناعات وامراض المهنة المشار اليها سابقا للتمييز بين الامراض العادية والمهنية وتشخيصها مبكرا .

ومما سبق يتبين مدى أهمية تخصيص اطباء لمنشآت الصحة المهنية ، والتزامها بالكشف الطبى الابتدائى والدورى ، وذلك لتحديد وتشخيص الامراض المهنية مبكرا ، وبالتالى وضع الاشتراطات اللازمة للوقاية منها ، وظهورها بالعدد الصحيح بالاحصائيات .

متطلبات المرحلة الحالية والمستقبلة :

لما كانت المقومات الاساسية لتخطيط الموارد البشرية ، وبلوغ التخطيط لاهدافه ، يعتمد اول ما يعتمد على توفير الاطار التنظيمى الذى يربط بين اهداف واداء مختلف الاجهزة التى تعمل فى مجال السلامة والصحة المهنية ... فقد بات من الضروريات ، فى المرحلة الحالية ان تصاغ سياسة السلامة والصحة المهنية فى اطار منظم ، وفق خطة متكاملة العناصر ، تشترك فى رسمها وتنفيذها ومتابعتها كافة الاجهزة المسئولة . وقوام هذه السياسة ربط هذه الأجهزة باهداف محددة المعالم تتضافر فى سبيل تحقيقها كل الطاقات البشرية والمادية المتاحة ، وتنطلق منها لأداء دورها فى ميدان العمل ، وتلاحق الاداء دعما وترشيدا ومتابعة دورية نشطة بحيث تتجمع لديها التقارير والبيانات والاحصائيات ، فتستخلص منها النتائج والمؤشرات وتطرح الظواهر والمشاكل الميدانية والبيئية على بساط البحث العلمى ، لدراستها واستنباط الحلول العملية والتشريعية ، لتأخذ طريقها نحو التطبيق العملى وبهذا الاسلوب يمكن مواجهة مسئولياتنا فى مجال السلامة والصحة المهنية .

وقد كشفت التجارب والتطبيقات ، عبر مراحل العمل السابقة ، عن ضرورة توحيد وترشيد مسار السلامة والصحة المهنية ، تلافيا للازدواج وضمانا لتوفير الجهد والوقت والمال ولذا أصبح توحيد اجهزة السلامة والصحـة المهنيـة - فى هيئـة عامـة ، على مستوى الدولة - أمرا واجبا .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها ، والآراء التى ابديت بشأنها ، خلص المجلس الى نقطتين اساسيتين هما :

- تعدد الاجهزة والتشريعات المعنية بالسلامة والصحة المهنية بالدولة بالاضافة الى أن قطاعات كبيرة وهامة مثل الزراعة لم يتضح دور الأجهزة بشأن رعايتها ، ولم تصدر بعد التشريعات التى تكفل لها الأمن والأمان ، وتحدد المسئوليات بشأنها .

- الخسارة الفادحة للثروة القومية ، نتيجة لعدم التزام المنشآت بتنفيذ اشتراطات السلامة والصحة المهنية ، ونتيجة لتعدد الأجهزة المعنية وازدواجها تشريعيا وتنظيميا وتطبيقيا .

ومن ثم فقد انتهى المجلس الى عدة توصيات - روعى ان يكون أغلبها قابلا للتنفيذ الفورى - ابرزها ما يأتى :

* تجميع أجهزة الدولة والجهات التى تعمل فى مجال السلامة والصحة المهنية فى جهاز واحد ، يتولى بصفة خاصة رسم السياسة

العامة لهذا النشاط على مستوى الدولة ، مع التنسيق بين الأجهزة والجهات المذكورة ، وتحديد دور كل منها ومتابعة أعمالها .

* انشاء بنك معلومات لتجميع كافة المعلومات الخاصة بالسلامة والصحة المهنية ، وبصفة خاصة البحوث والدراسات الأكاديمية والتطبيقية التى تقوم بها الجهات المعنية محليا ودوليا .

* دعم أجهزة السلامة والصحة المهنية الراهنة بالموارد المالية والبشرية ، وذلك عن طريق اتخاذ ما يكفل ذلك وبصفة خاصة :

– الالتزام بالرعاية الطبية للعاملين ، لتحديد نظم العلاج والكشف الطبى الابتدائى والدورى .

– تخصيص أطباء للعمل فى مجال طب الصناعات وأمراض المهنة ، مع التوسع فى ذلك .

– وضع أنظمة متقدمة لتأمين أماكن العمل والعاملين .

– التزام المنشآت التى يعمل لها أكثر من خمسين عاملا بانشاء أجهزة متخصصة بالسلامة والصحة المهنية ، وبشراء المعدات والأجهزة وغيرها اللازمة لهذا النشاط .

– عمل بطاقة صحية لكل عامل يحدد فيها – منذ بداية عمله – حالته الصحية ، وما يسفر عنه الكشف الدورى الذى يجرى له لمعرفة المرض المهنى ، اذا ما تعرض له مستقبلا .

– اجراء دراسة لتحديد الأمراض المهنية المختلفة ، على ضوء المتعارف عليه دوليا وما يتوافق والبيئة المصرية ، وذلك بالنسبة لمختلف الصناعات ولقطاع الزراعة ، بهدف بيـان أوجه الوقاية من هذه الأمراض .

– تشكيل لجنة لتوحيد تشريعات السلامة والصحة المهنية فى المجالات المتشابهة ، بهدف تبسيط هذه التشريعات ، وتحديد دور كل جهة ، ووضع الحلول المناسبة لما أسفر عنه تطبيق هذه التشريعات من سلبيات .

الوقاية من الأمراض المعدية

تطور علوم الصحة والطب الوقائى

منذ اواخر القرن التاسع عشر تطور طب الأمراض المعدية ، فبدأ علم الصحة والطب الوقائى مع اكتشاف مسببات الامراض (الميكروبات) والربط بين وبائية الأمراض وهذه المسببات وقد تم ذلك على النحو التالى :

اكتشفت مسببات الامراض على يد باستير (١٩٨٢٢ – ١٨٩٥) ، وكوخ (١٨٤٢ – ١٩١٠) ثم اكتشفت المطهرات – التى استخدمت فى الجراحة – على يد العالم ليستر وتلاها التعقيم كأجراء وقائى أساسى .

وكان أول اكتشاف لبكتيريا الجذام فى عام ١٨٧٤ ، والدرن فى عام ١٨٨٢، ثم الكوليرا فى عام ١٨٨٣ ، والطاعون ١٨٩٤ ، ثم اكتشاف الركتسيا والفيروسات عام ١٩٣٠ .

وكان تطور علوم الميكروبيولوجيا من أهم أدوات التشخيص التى عاونت التشخيص الاكلينكى ، واكملت علوم الوبائيات صورة الامراض المعدية ونسقت كل العلوم الطبية وربطتها علميا ، وقد شمل ذلك : نواحى التشخيص – الوقاية – المكافحة – إصحاح البيئة .

وبعد اكتشاف مسببات الامراض جد حدثان أثرا ايجابيا على وبائية

هذه الامراض ، وبالتالى على الاجراءات الوقائية ، بل وامتد أثرهما للاجراءات الدولية وهذان الحدثان هما :

١ - اكتشاف المبيدات : بصورتها الحالية وسميتها المنخفضة للانسان ، وكان أول استخدام لمادة د . د . ت في عام ١٩٤٠ ، فى اوائل الحرب العالمية الثانية .

وقد خفض استخدام هذه المادة الاصابات بالأمراض المعدية ، بعد أن كانت مكافحة ناقلات الامراض تكلف الكثير من الجهد والوقت لتحقيق أثر ملموس فى هذا المجال . غير أنه يخشى بالاسراف والاستمرار فى استخدام هذه المبيدات الحديثة - سواء فى الزراعة أو الحياة العادية - تجاوز أقصى حد لاستخدامها والوصول بها الى خطر تلوث البيئة .

٢ - اكتشاف المضادات الحيوية والعلاج الكيماوى : وقد اكتشف فلمنج أول مركب منها فى شكل خام غير نقى ، فيما بين عامى ١٩٢٨ - ١٩٢٩ وفى عام ١٩٣٩ تمكن فلورى من استخلاص المركب النقى الذى تم تداوله بعد ذلك .

ومع وضوح فائدة المضادات وتطورها ، تولدت - بسبب ما لكل كائن حى من طبيعة حفظ النوع والبقاء - المقاومة لهذه المضادات فأصبح بعضها ذا فاعلية محدودة بعد الافراط فى استخدامها .

وقد كان لهذين الحدثين الفضل فى تغيير خريطة الامراض المعدية الكورنتينية فى العالم .

وباستعراض وبائية الامراض المعدية عموما يتضح ان الامراض البكتيرية قد تقلصت ، بعد أن أمكن السيطرة عليها ، غيرأنه حل محلها فى الخطورة ، الأمراض الفيروسية التى زاد انتشارها ، واتخذ بعضها شكلا وبائيا لا تؤثر فيه المضادات الحيوية على مسبباتها .

تطور الانظمة الصحية الوقائية فى مصر : لم يكن فى مصر أجهزة وقائية نظامية حتى انشئت مصلحة الصحة العمومية فى عام ١٨٨٦ ثم انشئت فى عام ١٩٣٦ وزارة الصحة العمومية التى كانت تتكون من قسمين :

القسم الاول

ويشمل :

× المستشفيات (الرمد والعامة) والمعامل .

× مقاومة الأوبئة .

× الصحة العامة : الأمراض المتوطنة ، رعاية الطفولة ، مقاومة الحشرات والحيوانات الضارة ، مراقبة الأغذية ، المنازل غير الصحية والمحلات المقلقة للراحة والمضرة بالصحة والخطرة .

القسم الثانى

ويشمل :

× المرافق القروية وبالأخص توفيرمياه الشرب وتنظيم القرية .

× تنظيم مصر « القاهرة »

× البلديات .

× المجارى .

ويعتمد نظام الصحة الوقائية حاليا على خدمات وقائية تؤدى على مستوى القرية بواسطة الوحدات بالقطاع الريفى ، جنبا الى جنب مع الخدمات العلاجية بذات الوحدة .

أما فى الحضر فتؤدى الخدمات الوقائية بواسطة وحدات تخصصية لكل فرع من فروع هذه الخدمات ، فضلا عن الوحدات الصحية الوقائية التخصصية الأخرى التى تخدم الحضر والريف معا ، مثل : مستشفيات الحميات ، وحدات ومصحات مكافحة الجذام ، وحدات الكلب ، وحدات ومستوصفات الامراض الصدرية ، وحدات القومسيون الطبى .

الامراض المعدية فى مصر

تغيرت فى مصر صورة الامراض المعدية ووبائيتها وطرق انتشارها بفضل تطوير الخدمات الوقائية عن طريق انشاء العديد من الوحدات الصحية التى تقوم بالخدمات الوقائية بالريف والحضر ، وكذلك بما استحدث عالميا من اساليب وطرق مكافحة الأوبئة وتقدم علوم الصحة

والطب الوقائى ، كما شاركت البيئة ايضا فى تقلص بعض هذه الأمراض واستئصال بعضها الآخر محليا وعالميا . وفيما يلى توضيح ذلك بالنسبة لمجموعات الأمراض المختلفة :

أولا : الامراض الكورنتينية :

الحمى الراجعة : تم استئصالها فى عام ١٩٤٨ .

التيفوس : تم استئصاله فى عام ١٩٦٣ .

الطاعون : اصبح من السهل القضاء عليه عند اكتشاف الحالات الأولى للمرض .

الجدرى : اتخذت اجراءات وقائية حتى تم استئصاله تماما ، ومنذ ١٩٥٩/٧/٥ لم تظهر اصابات جدرى بمصر فكانت من بين الدول الأولى التى استأصلت مرض الجدرى ، بعد أن كانت الاصابات به تظهر فيها سنويا وبمعدل يكاد يكون ثابتا منذ عهد الفراعنة ، اذ لاحظ كل من «روثر» و« فرجسون » وجود طفح يشبه تماما طفح الجدرى على جلد بعض الموميات المصرية التى يرجع تاريخها الى عام ١٢٠٠ قبل الميلاد (مومياء رمسيس الخامس) ، كما وجدت مخطوطات كثيره لعدة اطباء فرنسيين تثبت انتشار الجدرى فى عهد الحملة الفرنسية . وقدر كلوت بك وفيات الجدرى فى مصر بعشرين ألف سنويا لكل مليون نسمة من السكان وذلك قبل اتباع طريقة التطعيم .

وقد بلغت وفيات الجدرى بالقطر المصرى :

٢٠٧٥ حالة وفاة فيما بين ١٨٨٦ - ١٨٩٠ م

١٥٧٢ حالة وفاة ما بين ١٨٩١ - ١٨٩٥ م

٣٤٣٦ حالة وفاة ما بين ١٨٩٦ - ١٩٠٠ م

× الحمى الصفراء : لم تظهر بمصر من قبل ، ولكنها تعتبر دولة مستقلة ويتم تنفيذ الاجراءات الوقائية الدولية بها بالنسبة للقادمين ولوسائل النقل القادمة من مناطق التوطن .

ثانيا : مجموعة الامراض التى تتخذ شكلا متوطنا أو وبائيا محدودا

البلهارسيا : وهى أهم مرض متوطن بمصر ويمثل المشكلة الاولى فيها وستفرد له دراسة خاصة .

× الالتهاب الكبدى الفيروسى : ويتخذ شكلا وبائيا ، ونظرا لأهمية هذا المرض واتخاذه شكلا وبائيا متوطنا سيفرد له دراسة خاصة نظرا للتطورات التى استجدت فى تشخيصه والتحصين ضده .

× الالتهاب السحائى الوبائى : ويظهر فى شكل أوبئة محدودة فى المجموعات المعرضة له ، على هيئة دورات كل خمس سنوات انتهت آخرها فى العام الماضى . وهو ايضا من الامراض المعدية التى اتخذت شكلا متوطنا .

شلل الاطفال : ويتخذ شكلا وبائيا متغيرا ويتأثر تأثيرا مباشرا بحالة البيئة ونظرا لخطورة هذا المرض فقد الحقت بهذه الدراسة احصائية عن تطوره فى المدة من عام ١٩٧١ الى ١٩٨١ .

التيتانوس : ويصيب جميع الاعمار ، وخصوصا الاطفال والمواليد .

الحصبة : انخفضت حالتها الوبائية بعد ادخال التحصين الواقى منها .

الدفتريا : مازالت هناك حالات فردية منها ، لذلك يجب الاهتمام بالتحصين الواقى من هذا المرض ، خاصة الجرعات المنشطة .

ثالثا : امراض جديدة وفدت الى مصر .

حمى الرفت فالى : وفدت الى مصر عام ١٩٧٧ وسببت ١٨ ألف حالة ، توفى منها ٥٩٦ ، وانتهت فى خلال عامى ٧٨/ ١٩٧٩ ، وظهرت بعد ذلك كحالات فردية وقد عقدت دورتان لمؤتمر عالمى لبحثها عامى ٧٨ ، ١٩٧٩ ونظرا لظهورها لأول مرة فقد شخصت اكلينيكيا حمى شبيهه بالدنج حتى امكن تشخيصها معمليا .

الليشمانيا الاحشائية فى الاطفال : اكتشفت بعض الحالات بمنطقة العجمى غربى الاسكندرية بلغت ٢٢ حالة منها : ٢٠ حالة فى عام ١٩٨٣ وحالتان فى عام ١٩٨٤ وذلك بين الاطفال حتى سن الثالثة من العمر وقد

وجدت لاول مرة فصيلة جديدة من حشرة ذبابة الرمل (لم يسبق تسجيلها بمصر) بخلاف الفصيلة الناقلة لمرض ليشمانيا الجلد الموطنة ببعض مناطق الجمهورية ويرجح ان تكون الفصيلة الجديدة فى الناقلة لليشمانيا الاحشائية .

وتجرى الآن دراسات مشتركة بين وزارة الصحة وجامعة عين شمس لمنطقة الساحل الشمالى غربى الاسكندرية ، مع دراسات اخرى متعمقة لتحديد وبائية المرض والحشرة الناقلة والطفيل .

العوامل والسلبيات المؤثرة على الأمراض المعدية فى مصر :

× اكتشاف أمراض فيروسية جديدة فى مصر اتخذ بعضها شكلا وبائيا مثل :

حمى الرفت فالى ١٩٧٧ ، فى الوقت الذى تقلصت فيه نسبيا بعض الامراض البكتيرية .

× قصور العلم فى اكتشاف علاج ناجح للفيروسات .

× زيادة الكثافة السكانية التى أدت لزيادة تحمل عمليات المياه والصرف وخصوصا فى المدن الكبيرة ، مما خفض نسبيا من التحسن الذى تحقق فى مجال صحة البيئة .

× ارتفاع كثافة بعض الناقلات واهمها (البعوض) بسبب زيادة تحمل عمليات الصرف ولقصور وسائل مكافحة هذه الناقلات .

× ارتفاع كثافة القوارض فى السنوات الاخيرة .

× امتداد التجمعات السكانية بسبب زيادة كثافة السكان الى داخل المناطق الصحراوية ، وتحريك بؤر الحيوانات البرية الخازنة لامراض لم يسبق دخولها هذه المناطق ، مع العلم بأن الاتجاه الجديد للتجمعات الجديدة هو المخرج الحالى من أزمة السكان والاسكان فى مصر .

× تطور وسائل السفر بالطائرات واحتمالات نقلها للناقلات والمرضى فى خلال فترة الحضانة لامراض فيروسية لها وبائية عالية .

× استيراد الحيوانات حية ومذبوحة مع ما قد تحمله من فيروسات وأمراض .

ويمكن عن طريق التنبؤ بنتيجة تفاعل هذه العوامل وتلك السلبيات وضع استراتيجية عامة لمكافحة الامراض المعدية فى مصر حتى عام ٢٠٠٠ .

دور المنظمات الصحية العالمية :

ساهم المجتمع الدولى فى انشاء التنظيمات الصحية لدفع الخطر الداهم للأوبئة ووقف تحركها من قارة الى أخرى ومن دولة الى أخرى ، فقامت مكاتب الحجر الصحى لعصبة الامم - قبل الحرب العالمية الاخيرة - بالمعاونة فى وقاية الدول الاعضاء من الأمراض الكورنتينية بالاسلوب المتاح حينئذ وهو التبليغ والعزل .

وبعد انتهاء الحرب العالمية الثانية انشئت منظمة الصحة العالمية ، وهى منظمة من منظمات الامم المتحدة تهدف الى تجميع جهود الحكومات فى وكالة واحدة تستمر فى القيام بنفس الرسالة التى كانت تقوم بها مكاتب الحجر الصحى لعصبة الامم ، وكان اعلان انشائها فى اجتماع الأمم المتحدة بسان فرانسيسكو فى عام ١٩٤٥ وعقدت أول اجتماع لها فى عام ١٩٤٦ ، بعضوية ٦١ دولة وللمنظمة تنظيم داخلى تمارس بواسطته خدمة الدول التى تشترك فى عضويتها من خلال : المدير العام ، المجلس التنفيذى ، المكاتب الاقليمية ، اللجان الطبية ، الخبراء ، المعاونة بالمواد .

ويتجاوز اختصاصات هذه المنظمة ما سبقها من منظمات بتناولها لبرامج مكافحة : الملاريا ، الدرن ، الامراض التناسلية ، الامراض المعدية ، صحة الأم والطفل ، الصحة العقلية ، الصحة الاجتماعية ، الصحة المهنية ، التعليم والتدريب الفنى المتخصص ، التوعية الصحية للجماهير .

التوقع الوبائى فى مصر حتى عام ٢٠٠٠

من دراسة وتحليل اسلوب وتطور وبائية الأمراض المعدية ، وخاصه

الخطيرة منها فى السنوات السابقة ، ومع الاخذ فى الاعتبار العوامل المؤثرة فى هذا المجال والتى من أهمها :

- موقع مصر الجغرافى بين دول افريقيا والدول العربية .

- كون الانتقال السريع اصبح سمة العصر ، سواء للأفراد أو الحيوانات وكذا لناقلات الأمراض النشطة .

وعلى ضوء ما ظهر أخيرا من وجود بؤر توطن لأمراض خطيرة فى بعض المناطق يمكن ان يكون التوقع الوبائى فى مصر على النحو التالى :

- احتمال غزو لأحد الأمراض الفيروسية من مجموعة الحميات الفيروسية التى سجلت نشاطا فى السنوات الأخيرة فى دول افريقيا الوسطى وقد حدثت بعض أوبئة مؤخرا من هذه الأمراض فى بعض الدول العربية (العراق) وورود أى من هذه الأمراض يمكن أن يأخذ شكلا وبائيا خطيرا .

- زيادة أو حدوث دورات لأمراض سبق توطنها كالالتهاب السحائى أو لأمراض حدثت مؤخرا مثل : حمى الرفت فالى ، أو لأى أمراض اخرى :

بكتيرية ، فيروسية ، طفيلية .

- احتمال تسرب ناقلات الامراض النشطة مثل :

• بعوض الجامبيا بالنسبة للملاريا .

• ذبابة الرمل (فصيلة جديدة) المحصورة حاليا فى بؤرة بالساحل الشمالى والتى يحتمل أن تكون مسببة لمرض اللشمانيا الاحشائية فى الاطفال ولم يحدد مصدرها حتى الآن .

- استمرار الحالة الوبائية للأمراض (السائدة) الأخرى ، وان كان هذا أمر يتوقف على نجاح اجراءات وخطط المكافحة .

مؤشرات اداء الخدمات الصحية فى مصر

توضح الجداول الواردة على الصفحات التالية مدى تطور الانشطة والخدمات الصحية (علاجية ووقائية) فى مصر خلال الاعوام ١٩٥٠ - ١٩٨٥ ومدى تدرج هذه الخدمات فى الانتشار وتحسين الاداء .

ويبين الجدول التالى :

توزيع الاطباء العاملين بوزارة الصحة (محافظات)

(١٩٨٤ - ١٩٨٥)

نوع العمل	العدد
طبيب علاجى	٣٧٨٣
طبيب وقائى	١٢٨٥
طبيب علاجى صحة مدرسية	٢٤٢
طبيب قروى وامراض متوطنة	٢٨٦١
طبيب ادارى	٢٥٥
طبيب اعمال اخرى	٨٨

ويتبين من هذه الجداول ما يأتى :

- ان الخدمات الصحية ، الوقائية والعلاجية التى تقدمها وزارة الصحة ، أخذة فى الاطراد تمشيا مع التوسع العمرانى والزيادة السكانية .

- بلغ اجمالى ميزانية وزارة الصحة عن السنة المالية ١٩٨٤ / ١٩٨٥ مبلغ ٣٧٤.٤٧٦.٧٤٢ جنيها ، بزيادة قدرها ٤١.٣٧٤.٣٤٥ جنيها عن السنة السابقة ، ويلاحظ ان جملة هذه الزيادة قد استوعبها البال الاو ل فقط مما يدل على أن الميزانية قد اصبحت ميزانية اجور اكثرمنها ميزانية خدمات .

- تمثل ميزانية وزارة الصحة ٢.٤٧ ٪ من اجمالى ميزانية الدوله ، وباضافة اجمالى ميزانيات الهيئات والاجهزة والمؤسسات التابعة للوزارة تصبح النسبة ٣.٦٢ ٪ من اجمالى ميزانية الدوله ، علما بأن الوضع

تطوير موازنة وزارة الصحة من عام ١٩٥٠ حتى عام ٨٤/١٩٨٥

السنوات	ميزانية وزارة الصحة	باب أول		باب ثاني		باب ثالث		باب رابع	
١٩٥٠	٧.١٠٥.٣١٢	٢.٤١٥.٣٤٩	٪٣٤	٣.٥٩١.١٠٤	٪٥١	١,٠٩٨,٧٥٩	٪١٥		
١٩٥٥	٨.٩٤٨.١٠٠	٣.٠٢٠.٥٠٠	٪٣٤	٤.٩٣٠.٠٠٠	٪٥٢	١,٢٩٧,٦٠٠	٪١٤		
١٩٦٥	٣١.٣٠١.١٠٠	١٧.٧٦٦.٠٠٠	٪٥٧	٩.٦٣٤.٠٠٠	٪٣١	٣,٥٠٠,٠٠٠	٪١١	٤٠٨,٠٠٠	
١٩٧٠	٤١.٤٧٥.٠٠٠	٢٧.٠٩٨.٠٠٠	٪٦٥	١٣.٠٤٤.٠٠٠	٪٣١	١,٣٣٣,٠٠٠	٪٣		
١٩٨٠	١٧٩.٣١٣.٠٠٠	١٠٧.٥٠٣.٠٠٠	٪٦٠	٤٢.٢٩٦.٠٠٠	٪٢٤	٢٩,٢٣٥,٠٠٠	٪١٦		
٨٣ / ٨٤	٣٣٣.١٠٢.٣٩٨	٢٠٩.٨٧٣.٠٠٠	٪٦٣.٠	٧٧.٩٣٩.٣٩٨	٪٢٣,٤	٤٤,٧٤٠,٠٠٠	١٣,٤	٥٥٠,٠٠٠	
٨٤ / ٨٥	٣٧٤.٤٧٦.٧٤٣	٢٥١.٠١٦.٠١٠	٪٦٧.٣	٧٨.٩١٠.٧٢٣	٪٢١,٧	٤٤,٠٠٠,٠٠٠	٪١١,٧٥	٥٥٠,٠٠٠	

بيان الانفاق الحكومى فى القطاع الصحى فى جمهورية مصر العربية

١٩٥٠ - ١٩٨٤ / ١٩٨٥

السنة	ميزانية الدولة بالجنيهات	ميزانية وزاره الصحة (ديوان عام ومحليات)	النسبــة
١٩٥٠	١٩١,٨٠٦,٠٥٥	٧,١٠٥,٣١٢	٪٣,٧٠
١٩٥٥	٢٣٨,٣٠٠,٠٠٠	٨,٩٤٨,١٠٠	٪٣,٧٥
١٩٦٥	٦٢٥,٨١٤,٠٠٠	٣١,٣٠١,١٠٠	٪٥,٠٠
١٩٧٠	٢,٦١٠,٢٠٠,٠٠٠	٤١,٤٧٥,٠٠٠	٪١,٥٩
١٩٨٠	٧,٧٨٧,٤٣٨,٤٠٠	١٧٩,٣١٣,٠٠٠	٪٢,٣٠
٨٤/٨٣	١٣,٣٧٢,٣٦٥,٤٥٠	٣٣٣,١٠٢,٣٩٨	٪٢,٤٩
٨٥/٨٤	١٥,١٧٩,٢٥٦,١٠٠	٣٧٤,٤٧٦,٧٤٣	٪٢,٤٧

* خصص مبلغ كبير لتدعيم الخدمات الريفية فى هذا العام

بيان نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة
١٩٥٠ - ٨٤/ ١٩٨٥

السنوات	التعداد بالألف	ميزانية وزارة الصحة (بالجنيه)	نصيب الفرد بالجنيه
١٩٥٠	٢١٢٩٢	٧.١٥٥.٣١٢	٠.٣٤
١٩٥٥	٢٣٠٦٣	٨.٩٤٨.١٠٠	٠.٣٩
١٩٦٥	٢٨٦٥٩	٣١.٢٠١.١٠٠	١.٠٩
١٩٧٠	٣٣٠٢٢	٤١.٤٧٥.٠٠٠	١.٢٦
١٩٨٠	٤٢٢٨٩	١٧٩.٣١٣.٠٠٠	٤.٢٤
٨٤/٨٣	٤٥٨٨٦	٣٣٣١٠٢٣٩٨	٧.٢٦
٨٥/٨٤	٤٧٠٠٠	٣٧٤.٤٧٦.٧٤٣	٧.٩٦

الامثل المفروض توافره لتقديم خدمه صحية مقبوله هو ٥ ٪ على الأقل من موازنة الدولة .

– يبلغ نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة فى السنة المالية ١٩٨٤ / ١٩٨٥ مبلغ ٧.٩٦ جنيها ، وباضافة اجمالى ميزانيات الهيئات والاجهزة والمؤسسات التابعة للوزارة يصبح نصيب الفرد ١١.٦٩ جنيها ، مقابل ٣٤ قرشا عام ١٩٥٠ ، ويلاحظ أن معظم الزيادة انما هى زيادة صورية نظرا للتضخم الذى طرأ على الاسعار .

– فى بداية ٨٤ / ٨٥ يمثل الباب الاول ٦٧.٣ ٪ من اجمالى ميزانية وزارة الصحة مقابل ٣٤ ٪ عام ١٩٥٠ ، ويرجع السبب فى ذلك الى الزيادة المطردة فى اعداد العاملين فضلا عن الزيادة فى الأجور والمرتبات ، بسبب تطبيق قوانين تصحيح وتحسين أوضاع العاملين ، وبذلك اصبح الباب الأول (الأجور) يبتلع ما يزيد على ثلثى الميزانية الحالية .

– كان النصيب الاكبر من ميزانية وزارة الصحة فى الخمسينات يخص الباب الثانى حيث ان هذا الباب يمثل المنصرف على الخدمات الجارية مثل : الدواء والغذاء وصيانة التجهيزات . وقد بلغت نسبة الباب الثانى من الميزانية ٥١ ٪ عام ١٩٥٠ مقابل ٢١.٧ ٪ عام ٨٤/ ٨٥ وهذا يعنى تخلفا فى الخدمة الصحية ومتطلبات الدواء فى الميزانية الجديدة (١٩٨٤ / ١٩٨٥) ، مما يتسبب فى شكوى المرضى المستمره من العجز فى الأدوية وتخلف الخدمة .

– يمثل الباب الثالث حوالى ١٢ ٪ من اجمالى ميزانية ٨٤ / ٨٥ ، مما يدل على ان الاستثمارات التى يتضمنها هذا الباب مازالت بعيدة عن المطوب توفيره لدفع عجلة الانشاء والتجهيز بما يتفق مع الزيادة السكانية فى مصر .

– ان عدد الاطباء العاملين بالقطاع العلاجى يزيد على عدد الاطباء الذين يعملون فى القطاع الوقائى ، وهذا متوقع لمايدره العمل فى القطاع العلاجى من دخول مرتفعة ، وهو امر يستوجب النظر فى وضع حوافز مجزية للعاملين فى القطاع الوقائى لتشجيع العمل به .

الوقاية من الامراض المعدية

أسس البرامج والخدمات الوقائية

ان الخدمة الصحية فى اطارها الصحيح ، انما هى نوع من الاستثمار موجه لصالح القوى البشرية ، ومن هنا تعتبر الوقاية من الاصابة بالامراض من أولى واجبات الدولة نحو المواطنين الذين عليهم الاستجابة ، بل والاسهام فى تنفيذة بل والاسهام فى تنفيذ ما تقدمه الدولة من برامج للوقاية فى هذا المجال ، والمشاركة الفعالة فيما تقتضيه التعليمات بعد التعرف على اهدافها وطرق تنفيذها ، وتذليل كل العقبات التى تعترض التنفيذ قدر استطاعتهم ، وذلك لتحقيق اهداف التنمية والعدالة الاجتماعية .

وتهدف البرامج والخدمات الوقائية الى أن يتمتع كل مواطن بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ، الامر الذى ينعكس بدوره على التنمية القومية اجتماعيا واقتصاديا .

ولتحقيق ذلك يجب أن تشمل البرامج والخدمات الوقائية الاسس الآتية :

أولا : خفض معدلات وفيات المواليد : وتأمين سلامة نمو الطفل نموا صحيحا :

تعتبر معدلات المرض والوفاة بين الاطفال الرضع فى مصر من أكبر مشكلاتها الصحية ، حيث تشير الاحصاءات العامة الى أن متوسط معدلات الوفاة بين الرضع حاليا ٧٤ لكل ألف مولود حى .

ولما كانت معدلات المواليد تبلغ فى السنة ٣٧ لكل الف من السكان فان عدد المواليد سنويا يقرب من مليون وستمائة الف مولود على أساس التعداد الاخير وبذلك يقرب اجمالى الوفيات من الرضع سنويا من ١٥٠ الف ، يمثل حوالى ٣٠ ٪ من اجمالى الوفيات الذى يبلغ لجميع الاعمار حوالى ٤٥٠ الف .

ثانيا : تحسين الصحة البيئية والمهنية :

الصحة البيئية : لما كانت البيئة هى ما يحيط بالانسان من تربة وماء وهواء يؤثر فيها وتتأثر به ، لذلك لا يمكن فصل سلامة الحالة البيئية عن برامج مكافحة الامراض المعدية والوقاية منها

ومع أن ذلك يعنى اللجنة الخاصة بالبيئة الا ان هناك نقاطا هامة توجب العناية بالتأكد من سلامة الاجراءات الصحية الخاصة بها ، وهى:

– اعطاء مشروعات انتاج مياه الشرب اولوية خاصة حتى تعم المياه النقية جميع قرى الجمهورية .

– المراقبة المستمرة لمياه الشرب كما ونوعا والتأكد من سلامتها وخلوها من مسببات الامراض المعدية وما يستتبع ذلك من جدية المراقبة .

– اعطاء مشروعات تحسين الصرف الصحى أولوية خاصة .

– مراقبة المواد الغذائية سواء المستورد منها او المنتج محليا والتأكد من سلامتها وخلوها من مسببات الامراض المعدية حتى لا تكون وسيلة لانتشار العدوى .

– الحرص على عدم تلوث الهواء باعتباره احد مكونات البيئة وذلك عن طريق المعالجة الكيماوية لناتج المصانع ووضع ضوابط تكفل تفادى عادم وسائل النقل ، علاوة على الحسم فى تنفيذ قانون منع المدخنين فى أماكن التجمعات .

–أهمية تنفيذ أساليب جمع القمامة والتخلص منها فى مقلب خارج المدن حرصا على صحة البيئة ، حيث يترتب على الاهمال فى جمع القمامة والتراخى فى نقلها سرعة تكاثر ناقلات المرض من القوارض والذباب وهو أمر يترتب عليه انتشار الأمراض المعدية .

– مراقبة اماكن تصنيع وتخزين وعرض وبيع المواد الغذائية والتأكد من استيفائها للاشتراطات الصحية .

– مراعاة تطبيق التشريعات الخاصة بمتداولى الاغذية للتأكد من سلامتها صحيا وخلوهم من الميكروبات ، ومن أهمها :

• القانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٤١ الخاص بتتبع الغش والتدليس للمواد الغذائية والقوانين المعدله له .

• القانون رقم ١٣٢ لسنة ١٩٥٠ بشأن الألبان ومنتجاتها .

• القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٩ بشأن مراقبة الأغذية .

الصحة المهنية : وهى أمر حيوى وقومى لدعم الانتاج وتنمية الاقتصاد ، اذ تؤدى حوادث العمل والاصابات والامراض المهنية الى خسائر بشرية ومادية جسيمة فضلا عن الخسائر غير المباشرة وغير المحسوبة فى البيئة الخارجية من كائنات حية وطبيعية لتسرب فضلات الصناعة الغازية والصلبة والسائلة اليها .

وقد سبق ان عرض على المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية تقريران : احدهما عن صحة البيئة والآخر عن الصحة المهنية وقد اتخذ بشأنهما عدة توصيات يؤدى قيام الجهات المسئولة بتنفيذها الى دعم الوقاية من الأمراض المعدية وتحسين الحالة البيئية .

ثالثا : الوقاية من الامراض المعدية والمتوطنة :

تعتمد الوقاية من الامراض المعدية على قيام الاجهزة الوقائية باعداد خطة وقائية تتم على المستويين : المركزى من تخطيط وبحوث ومتابعة ، والتنفيذى ، وتعتمد هذه الخطة على :

– اكتشاف الحالات أو الحالة الاولى اكلينيكيا ومعمليا مع الاهتمام بالتشخيص المعملى السريع ، الذى تطور اخيرا واصبح ضرورة وخاصة بالنسبة لسرعة تشخيص الامراض المعدية فى الظروف الميدانية باستخدام عبوات سهلة الاستعمال .

– اتخاذ الاجراءات الخاصة بعزل المريض ومراقبة المخالطين .

– التطعيم ان وجد ، وهو اجراء اساسى وهام وفى بعض الأمراض يعتبر الوسيلة الوحيدة المتاحة ، وقد تم خلال السنوات الاخيرة تحقيق تقدم كبير فى هذا المجال .

– اكتشاف مصدر العدوى والتعامل معه .

أما الأمراض المتوطنة وأهمها البلهارسيا – التى تبدأ الاصابة بها

فى السن المدرسى أو قبله بقليل وتصل الى ذروتها فيما بين ١٥: ٢٠ سنة وتنهك صحة التلاميذ ، وتتسبب فى الاعمار المتقدمة فى مجموعة كبيرة من الامراض التى تقلل القدرة على العمل والحياة الهنيئة وتتسبب فى ضغط شديد على المنشآت العلاجية طلبا لعلاج ذى جدوى مؤقتة ، مما يجعل الطلب متكررا - فوسائل علاجها متوفرة ورخيصة وخاصة البلهارسيا البولية ، وتعطى بالفم ، ويكفى منها ثلاث جرعات للحصول على نسبة عالية جدا من انخفاض شدة الاصابة بل وعلى نسبة عالية من الشفاء الكامل ، مع آثار جانبية بسيطة ، فى حين مازالت تكاليف وسائل العلاج من البلهارسيا المعوية مرتفعة وان كانت متوفره وسهلة التعاطى وذات فاعلية كبيرة ووسائل مكافحة القواقع المتبعة حاليا مرتفعة التكاليف وصعبة التطبيق على نطاق واسع ، فضلا عن أن مفعولها قصير الامد ونتائجها غيـر مستمرة مما يستلزم دوام استعمالها .

ومن الوسائل النظرية للوقاية من الأمراض المتوطنة تنفيذ برامج التثقيف الصحى وجعل السلوكيات مانعة للتعرض والاصابة بهذه الأمراض ، وهى وسائل لاتتمشى وحقيقة الحياة المعيشية اليومية ولا يترتب عليها عائد سريع وبوجه عام فان وسائل مكافحة الامراض المتوطنة متوفرة وفى حدود امكاناتنا المتاحة ، أما محاولة استئصال هذه الأمراض فهى مرتفعة التكاليف وتتطلب تداخلا بين العلاج واستئصال القواقع .

استراتيجية الوقاية من الامراض المعدية ومسبباتها :

ان نظرة مستقبلية الى الموقف الصحى للدولة تحتم تبنى استراتيجية جديدة بمفهوم يناسب انجاز اهداف طموحة لاستئصال أكبر عدد من الأمراض وذلك بتطبيق الحديث من الأساليب فى التشخيص والمكافحة على ضوء توقعات الموقف الوبائى ومقتضياته وأن تراعى هذه الاستراتيجية ما يأتى :

- ان الهدف القومى هو تنمية المجتمع بواسطة المواطن السليم والصحيح والقادر على الانتاج بكفاءة ، والهدف المباشر يكون بايجابية العمل على استئصال الامراض ما أمكن ، علاوة على تنفيذ برامج المكافحة .

- الافادة من التقدم السريع للعلوم الصحية والبيولوجية ودعم الجهاز الوقائى بانشاء المؤسسات الصحية المتخصصة ورفع كفاءة المنشآت القائمة وملاحقة هذا التقدم فى تحديث أساليب العمل الوقائى والتعاون الوثيق مع المؤسسات العلمية والبحثية للدولة : كليات الطب - أجهزة أكاديمية البحوث .

- تحقيق اعلى عائد من خطط وبرامج الوقاية بالمشاركة والتعاون الفعال بين وزارة الصحة واجهزتها التنفيذية وكذا بالمشاركة الشعبية والمجتمعية .

- أهمية وضع خطط صحية على المستوى القومى ، تساندها وتكملها خطط اخرى متخصصة لاجهزة الدولة المعنية والمتصلة بالبيئة للوصول للهدف المشترك .

- توفير الامكانات اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية وخططها .

وباستعراض العوامل التى اثرت على تنفيذ برامج الوقاية وعلى ضوء الحالة الوبائية الحاضرة والمتوقعة يجب ان تراعى الخطة الوقائية التى ستنفذ حتى عام ٢٠٠٠ الخطوط العريضة الآتية :

- تقسيم الخطة الى مراحل كل منها ٥ سنوات . مع تحديد اولويات التنفيذ لكل مرحلة .

- تحديث الوسائل والاجراءات الوقائية وأهمها : تدعيم الجهاز الوقائى بانشاء مركز للامراض المعدية الخطيرة يتيح :

• التشخيص السريع وذلك بواسطة المعامل الخاصة للامراض شديدة الخطورة .

• بحث انتاج الطعوم الجديدة باستخدام الهندسة الوراثية .

• اجراء الدراسات والبحوث والمتابعة الوبائية والتدريب للعاملين فى حقل الوقاية والوبائيات .

– توفير الكوادر ودعم التدريب الفنى التخصصى لضمان كفاءة تنفيذ الاعمال الوقائية وذلك على المستويين : المركزى والتنفيذى .

– ازالة المعوقات وعلاج السلبيات التى تؤثر على نتائج العمل الوقائى .

– ان تشمل السياسة الصحية خططا فرعية لاستئصال الامراض المعدية والمتوطنه طبقا لخطة زمنية .

– توثيق التعاون مع الوزارات والمحليات وتنسيق العمل بالنسبة لتحسين البيئة ، من اسكان الى امداد بالمياه والصرف الصحى والصرف والرى والصناعة ، بما يحقق أحسن النتائج فى مجال صحة البيئة ، وان تنسق خطط هذه الوزارات والاجهزة مع الخطة الوقائية .

الامكانات اللازمة لتنفيذ الخطة :

أ – الامكانات البشرية (القوى العاملة) :

تتضمن القوى العاملة فى الحقل الوقائى الاطباء والفئات المساعدة . وهناك اتجاه الى تناقص الاعتماد على الاطباء فى بعض اجزاء العالم ويقترن هذا الاتجاه بتعزيز مجموعات المساعدين والمعاونين الصحيين الذين تحدد مسئولياتهم واختصاصاتهم ليكونوا مسئولين مسئولية مباشرة ، ويعزز هذا الاتجاه ان تكاليف التعليم الطبى للطالب تعادل تكاليف ٢٥ مساعدا صحيا ، علاوة على أن مدة تأهيلية تبلغ نصف مدة تأهيل الطبيب ، ويساعد على تنفيذ هذا الاتجاه الاستعانة بالعلميين (الكيماويين) والاطباء البيطريين للعمل بالمعامل الوقائية .

ولتنمية هذه القوى العاملة يجب ان تكون هناك خطة فى المجال الوقائى تتضمن مجموعة متماسكة من المقترحات العملية تكفل استخدام وتحسين أداء وتحفيز هؤلاء العاملين ، ويكون هدفها هو ضمان امداد المجال الوقائى بالقوى العاملة ذات التدريب الملائم لتقديم الخدمات التى ظهرت الحاجة اليها ويستدعى ذلك الاهتمام بما يلى :

١– التدريب : يجب أن تشمل خطة التدريب جميع العاملين بالحقل الوقائى وليس الاطباء فقط ، على ان يطبق نظام استمرارية التدريب الدورى لغير الاطباء والتعليم الطبى المستمر للاطباء ، وعلى أن تكون فلسفة التدريب تعميق الوعى الوقائى مع التركيز على أهمية دور ربط الأنشطة الوقائية المختلفة بما يحقق عملا وقائيا متكاملا ، وتوضيح مفهوم العمل الوقائى باعتباره أمانة ومسئولية للقائمين به .

٢– الأجور والحوافز : دخل الطبيب الوقائى غير مجز اذا ما قورن بدخل الطبيب العلاجى ، لذلك قل الاقبال على ممارسة الأعمال الوقائية بسبب تفضيل الاطباء للطب العلاج ، وهو أمر يستلزم مراجعة أجور الاطباء الذين يمارسون أعمالا وقائية وحفزهم حتى يمكن اغراؤهم بممارسة هذه الأعمال . وهذا القول ينطبق على باقى اجهزة القوى المساعدة العاملة فى هذا المجال .

٣) المشاركة المجتمعية : حتى تنجح الخطة الوقائية يجب على المواطنين ان يشاركوا فى وضع الخطة وفى تنفيذها ، حتى تكون الخطة متكاملة وقابلة للتنفيذ دون عوائق أو صعاب ومن هنا يأتى دور الأجهزة التطوعية التى يمكن أن تكون الصلة بين الاجهزة الحكومية والمواطنين المنتفعين بالخدمة ، كما يمكن تكليف هذه الاجهزة ببعض الأعمال التنفيذية أو المساعدة فى البعض الاخر ، بعد توعية أفرادها توعية رشيدة بما هو مطلوب منها .

ومن بين هذه الاجهزة التطوعية يمكن الاستعانة بما هو قائم فعلا من مؤسسات مثل : سيدات الهلال الاحمر والاجهزة الشعبية وجمعيات أخرى قائمة فعلا ، أو الدعوة الى انشاء أجهزة جديدة لخدمة الحقل الوقائى .

ويقترح فى هذا المجال انشاء وتدعيم الجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الطفولة لتقوم بتوعية الامهات ببرامج تطعيمات الطفل ومدى أهميتها ومواعيد تنفيذها واذا ما انتشرت مثل هذه الجمعيات يمكن ان يسند اليها استدعاء الاطفال المطلوب تطعيمهم ، مع وضع النظم والضوابط اللازمة للتنفيذ .

٤) الرائدة الصحية بالقرية (متطوعة) : يمكن فى الوحدات الصحية وعلى الاخص التى تخدم أكثر من قرية تدريب احدى بنات

القرية المقيمات بها كرائدة صحية للعمل خارج مركز الوحدة لتأدية الخدمات الوقائية بها ، على أن يكون لديها السجلات الخاصة بذلك ، وأن تخضع للمتابعة والتفتيش من طبيب الوحدة . وفى هذه الحالة تكون هذه الرائدة أقدر على التعرف على الأطفال الجدد ومتابعتهم ، كما تصبح محل ثقة المواطنين ، الامر الذى يزيد من فاعلية التنفيذ وتحسين الاداء . واذا ماأخذ بهذا النظام فانه يمكن ان يكون نواة لنظام (المحطة الصحية) التى تتبع للوحدة الصحية والتى يقوم بزيارتها طبيب الوحدة فى أيام محددة من الاسبوع يعلن عنها مسبقا .

ب – الامكانات المادية :

١) المنشآت الصحية المتخصصة :

على المستوى المركزى : يحتاج العمل الوقائى فى الوقت الحالى الى انشاء مركز قومى لبحوث الامراض المتوطنة يضم :

× وحدة لتشخيص الفيروسات تقوم بالتشخيص المعملى ، خصوصا فى مجال الفيروسات .

× معامل للامراض الخطيرة (علاوة على المعامل العادية) .

× وحدة لدراسات الامراض المنقولة من الحيوان واقسام لبحوث وانتاج الطعوم الحديثة باسلوب الهندسة الوراثية .

والدولة فى حاجة ماسة الى هذا المركز حيث ان تشخيص الفيروسات يحتاج الى خبرة خاصة وامكانات متقدمة .

وسيحقق تنفيذ هذا المركز رفع المستوى الفنى وايجاد الخبرة العالية الحديثة ، كما سيعمل كمركز تدريب على مستوى متقدم على الاعمال الوقائية .

٢) المنشآت الصحية العامة :

يلاحظ ان مكاتب الصحة وهى الوحدات الاساسية التى تقوم بأعمال الوقاية والمكافحة تشغل مبانى لاتتناسب مع هذا العمل الضخم فى حجمه سواء من حيث السعة أو التنظيم أو الموقع بجانب نقص فى المهمات اللازمة لحسن سير العمل ، مما يؤثر على كفاءة الأداء ويؤدى الى تعذر تقديم الخدمات الوقائية ، كما لايشجع المواطنين على زيارة هذه المنشآت .

لذلك يجب أن يكون المكان مناسبا لحجم العمل واستيعاب العاملين والمترددين على الوحدة ، مع توفير سبل الراحة والانتظار لهم وتنظيم أماكن لتنفيذ عمليات البرامج المختلفة ، على أن يراعى كذلك حسن توزيع هذه الوحدات ومواقعها فى أنحاء البلاد .

ولتحقيق ذلك يقترح :

× أن يخصص مكتب صحة لخدمة كل ٥٠ ألف نسمة مع تنميط العمالة اللازمة لخدمة هذا العدد من المواطنين ومراعاة استمرارية العناية بالمبنى والاثاث والمهمات . وجدير بالذكر ان هناك حاليا مكاتب صحة يخدم كل منها اكثر من ٢٠٠ الف نسمة .

× توفير المهمات الطبية لتنفيذ عمليات البرامج الوقائية بصفة مستمرة ومنتظمة ، وعلى الاخص الثلاجات .

× أن يكون موقع الوحدة فى مكان متميز يتوسط المنطقة التى تخدمها الوحدة ، بحيث يسهل الوصول اليه ، وهو أمر ييسر عمل الوحدة ويرغب المواطنين فى التردد عليها .

الامكانات التشريعية

تعد مصر من أول بلاد العالم التى أصدرت تشريعات تنص على ضرورة اتخاذ اجراءات للوقاية من الاصابة بالأمراض المعدية ومكافحتها .

وينظم العمل الوقائى حاليا القانون رقم ١٣٧ الصادر عام ١٩٥٨ فى شأن الاحتياطات الصحية للوقاية من الامراض المعدية . ويعتبر هذا القانون وثيقة تشريعية هامة ، لما احتواه من مادة علمية تشريعية صالحة لأزمان قادمة ، وذلك نظرا لمرونة ما يحتويه من مواد .

كما يوجد العديد من القرارات الوزارية والاوامر المكتبية المنظمة للعمل فى هذا المجال .

. وبعد أن استقر حاليا نظام اللامركزية فى مصر يلزم التأكيد على

مركزية العمل الوقائى حيث لا يمكن تجزئته جغرافيا حسب المحافظات ، فاذا ما ظهر وباء فى محافظة ما فإن خطره يهدد الجمهورية كلها ولا يعترف بالحواجز أو الفواصل الوضعية وقد يحتاج الامر الى استصدار تشريع يؤكد هذه الحقيقة .

المعوقات التى تؤثر فى تنفيذ خطط الوقاية :

ان التحدى الذى يفرضه تطبيق اساليب وخطط تنفيذ البرامج المعروفة بفاعليتها فى مكافحة الامراض المعدية ، وخاصة فى البلاد النامية ، يتعين مواجهته فى ظل القيود والصعاب الآتية :

– عدم كفاية التزام اولياء الأمور بتنفيذ البرنامج القومى لتحصين اطفالهم الرضع بالطعوم الواقية من الامراض المعدية .

– قصور فهم المجتمع للوقاية وعدم المشاركة الجادة فى اجراءاتها .

– ضعف فاعلية الهيكل الاساسى للخدمات الوقائية .

– الحاجة الى ملاحقة التقدم العلمى والبحثى فى تطوير وسائل الوقاية والاستعانه بالامكانات المستحدثة .

– الحاجة الى تطوير التعليم الطبى ورفع مستوى العاملين بالكوادر الوقائية عن طريق التعليم المستمر .

– القصور فى المراقبة الوقائية وكفاءة الأداء .

– الافتقار الى القدرات اللازمة لتحديد المشكلات وايجاد أنسب الحلول على كافة المستويات وفى الوقت الملائم .

وترتيبا على ذلك فان النجاح فى تنفيذ خطة الوقاية فى أى مجتمع يرتبط ويتأثر بما يصادفه من تحديات ، وبقدر النجاح فى التغلب على هذه التحديات يكون نجاح هذه الخطة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وبعد التأكيد على ماسبق أن أوصى به المجلس فى مجالس صحة البيئة والصحة المهنية – يوصى بما يلى :

* ضرورة وضع خريطة للاستقصاء الوبائى تعطى صورة واضحة عن الشكل الوبائى واتجاهاته وذلك عن طريق أخذ عينات من مياه الشرب والاغذية وممن يتناولونها ومن أماكن التلوث وتحليل هذه العينات لمعرفة ما تحمله من امراض وبائية ، والى غير ذلك من وسائل على أن توضع على ضوء هذه الخريطة خطة الوقاية .

* وضع جدول زمنى للقضاء على الامراض المعدية المنتشرة بمصر وذلك بتنفيذ خطة قومية لاستئصال هذه الأمراض فى خلال فترة زمنية محددة مع توفير كافة الامكانات اللازمة لنجاح هذه الخطة اسوة بما اتبع فى العديد من البلاد الاخرى .

وكمرحلة أولى تبدأ الخطة بالامراض المتوطنة ثم بالامراض المعدية الأخرى تتلوهامراحل تتفرغ فيها الأجهزة الوقائية للوقاية من أمراض العصر : أمراض القلب – أمراض الدورة الدموية – السرطان – الحوادث – التوتر العصبى وعلى أن ترتبط هذه الخطة وتتوازى مع الخطة العامة الخمسية الحالية للدولة وما يتلوها من خطط .

* ربط الانشطة الوقائية المختلفة بما يحقق تكامل البرامج الوقائية .

* تنسيق التعاون بين الوزارات المعنية بصحة البيئة (الاسكان – الرى – صرف امداد بالمياه – الصناعه – الزراعة بالنسبة للحيوانات ومكافحة الناقلات) بما يحقق رفع مستوى البيئة .

* تفرغ مكاتب الصحة للاعمال الوقائية الشاملة ومتابعة الحالة الصحية ، وأن يحال باقى ما تقوم به حاليا من اعمال الى جهات اخرى مع اعادة توزيع هذه المكاتب بحيث يخصص كل منها لخدمة خمسين الف نسمة على الاكثر تمكينا للعاملين بها من تأدية واجباتهم على الوجه الاكمل .

* الأخذ باقتراح نظام الرائدة الصحية للقرية وتجربته فى بعض القرى ، على أن يعمم هذا النظام فى حالة نجاحه فى باقى القرى بالمحافظات ، ليكون نواة لنظام المحطة الصحية التى تتبع للوحدة الصحية والتى يقوم بزيارتها طبيب هذه الوحدة فى أيام محددة من كل اسبوع ، يعلن عنها مسبقا .

* توفير واستكمال كوادر العاملين بالقطاع الوقائي على كافة المستويات من أطباء ومساعدين ومعاونين صحيين ، ووضع حوافز مجزية لهم بما يكفل تشجيع واقبال الاطباء والفئات المساعدة على العمل في هذا القطاع .

* الاهتمام بالتدريب المتطور المستمر للقائمين بالخدمات الوقائية على جميع المستويات .

* تدعيم الاجهزة التطوعية القائمة ، وتشجيع تكوين أجهزة جديدة منها لخدمة الحقل الوقائي ، تقوم بالمساعدة في بعض المسائل التنفيذية ، وتحقق الصلة بين الاجهزة الحكومية والمواطنين المنتفعين بالخدمة الوقائية .

* تطوير الاداء في هيئة المستحضرات الطبية واللقاحات - باعتبارها الجهاز الرئيسي المعاون للعاملين في حقل الوقاية - بما يكفل تنظيم الاستفادة من الامكانات البشرية والمادية المتاحة بها وتدعيمها بتكنولوجيا حديثة مع تطعيمها بخبرة اجنبية من العاملين في هذا الميدان لانتاج الجديد من الامصال على أسس تجارية وعلمية سليمة .

* زيادة الاهتمام بالدراسات الوقائية بكليات الطب ، وتطوير الدراسة بالمعهد العالي للصحة العامة بالاسكندرية لنشر مفاهيم الوقاية بين العاملين في الحقل الصحي .

* انشاء مركز لبحوث الامراض المعدية الخطيرة بهدف تطوير وتحديث البحث العلمي في مجالات التشخيص المبكر والتشخيص المؤكد والتشخيص الميداني على أن يتكون هذا المركز من وحدات وأقسام أهمها :

- وحدة الامراض المعدية الخطيرة .
- وحدة الامراض المنقولة من الحيوان .
- أقسام بحوث المناعة (بحوث الطعوم وتحضيرها) .

* انشاء هيئة - تمثل فيها كافة الجهات المشرفة على الغذاء - تتبع وزارة الصحة على ان توحد التشريعات الخاصة بالأغذية ، وأن تنفذها هذه الهيئة توحيدا لجهة الاختصاص وتحديدا للمسئولية في هذا المجال ، وذلك الى أن يتم تنفيذ ما انتهت اليه توصيات المجلس في موضوع التغذية الصحية بشأن إنشاء مجلس أو جهاز للغذاء والتغذية الصحية يختص بالتخطيط والمتابعة والتنسيق فيما يتصل بتوفير الغذاء الصحي ، والتصنيع الغذائي وضوابط الجودة والرقابة على الأغذية .

* انشاء مجلس للاعلام الصحي ، يضم المتخصصين في هذا المجال ، ويقوم بتغذية وسائل الاعلام المختلفة بالبرامج الصحية التي تستهدف جعل سلوكيات المواطن مانعه للتعرض والاصابة بالامراض - ويكون مسئولا عن التثقيف الصحي ، وتعميق الوعي الوقائي ، بما يحقق أعلى عائد من خطط وبرامج الوقاية بالتعاون الفعال بين وزارة الصحة واجهزتها التنفيذية ، وتنشيط المشاركة الشعبية في هذا الخصوص .

* تقييم التطعيمات الاولية للمواليد الجدد باستمرار ، وتحديث برامجها من حيث تعديل اعمار ومواعيد التطعيم وادخال تطعيمات جديدة في البرامج .

* ادخال تطعيمات جديدة بالنسبة لجميع الاعمار، للوقاية من الامراض ذات تكاليف العلاج الباهظة ومعدلات الاصابة العالية مثل : الحمى المخية الشوكية والالتهاب الكبدي الفيروسي ، مع اعطاء اولوية لهذه التطعيمات .

* ادخال أسلوب التشخيص الميداني السريع الذي يعتمد على استخدام عبوات سريعة ميدانية تعطى نتائجها في الحال دون الرجوع الى المعامل المتخصصة ، الا للتأكد فقط ، وهو أسلوب مفيد في الوحدات الصحية في الريف فضلا عن وحدات الأمراض المعدية ، كما يتسنى باستخدام هذه الاسلوب اتخاذ الاجراءات الوقائية فورا بما يكفل منع انتشار الامراض المعدية وسرعة علاجها .

توزيع اصابات شلل الاطفال حسب الاسابيع الدولية
فى الفترة من عام ١٩٧١ الى عام ١٩٨١

السنوات	٤/١	٨/٥	١٢/٩	١٦/١٣	٢٠/١٧	٢٤/٢١	٢٨/٢٥	٣١/٢٩	٣٦/٣٢	٤٠/٣٧	٤٤/٤١	٤٨/٤٥	٥٢/٤٩	الجملة
١٩٧١	٢٣	١٣	١٣	٣٩	١٢	٧	١٦	٢٣	٢٨	١٠	٨	١٤	١٥	١٢١
١٩٧٢	١٠	٤	٣	٣٩	٣٧	١٣	١٢	١٨	١٣	١٥	٣	٥	٤	١٧٤
١٩٧٣	٣	٢	٤	٢	٤	١٤	١٥	٢٢	١٢	١٢	٢	٣	٩	١٠٤
١٩٧٤	٦	٥	٢	٧	٤	٨	٢١	٢٦	٢٢	١٧	٢١	٨	٧	١٥٤
١٩٧٥	٣	٤	٥	٢	٦	١٠	١١	١٩	١٠	٢	٥	٢٩	٣٣	١٣٩
١٩٧٦	٣٥	٣١	٤٢	٢٤	٣٧	٢٤	٥٣	٦٠	٤٧	٢٥	١٣	٣٤	٢٢	٤٤٧
١٩٧٧	١١	٣٠	٧	١٠	١٧	٢٤	٣٤	٤٣	٦٩	٥٢	٣٨	١٢	١١	٢٥٨
١٩٧٨	١١	٦	٧	٤	١٧	١٥	٤١	٣١	٣١	٤٥	٣٦	٢٥	١٦	٢٨٥
١٩٧٩	١٤	١٧	٢٩	١٨	٢٣	١٦	٣٥	٢١	٢٠	١٥	١٤	١١	٩	٢٣٩
١٩٨٠	١٤	٦	١٠	٨	٢٢	١٦	٤٣	٥٥	٤٧	٣٦	٢٤	١٧	٨	٢٢٦
١٩٨١	٣٢	٢٥	١٦	٢٥	٣١	٢٦	٣٩	١٠٩	٩٥	٦٥	٦٤	٢٦	١٥	٥٨٨

المصدر : ادارة الاحصاء بوزارة الصحة

توزيع وفيات شلل الأطفال حسب الأسابيع الدولية
فى الفترة من عام ١٩٧١ الى عام ١٩٨١

السنوات	٤/١	٨/٥	١٢/٩	١٤/١٣	٢٠/١٧	٢٤/٢١	٢٨/٢٥	٣١/٢٩	٣٦/٣٢	٤٠/٣٧	٤٤/٤١	٤٨/٤٥	٥٢/٤٩	الجملة
١٩٧١	١	٤	٢	٢	٢	١	١	٦	٤	٣	١	١	١	٢٩
١٩٧٢	١	٢	١	١	.	.	١	١	٢	.	١	١	١	١٢
١٩٧٣	١	١	٢	١	.	٢	١	.	١	١	١	١	.	١٢
١٩٧٤	١	١	.	١	.	١	.	١	.	.	١	١	١	٨
١٩٧٥	٥	.	١	.	١	١	.	١	.	.	.	.	٢	٦
١٩٧٦	١	١	.	.	.	١	١	١	٣	.	.	.	.	٨
١٩٧٧	.	.	.	.	.	.	.	.	.	١	.	١	.	٢
١٩٧٨	.	.	.	.	.	.	٢	.	.	.	.	.	.	٢
١٩٧٩	٢	.	.	.	.	.	١	.	٣	.	.	١	.	٧
١٩٨٠	.	١	.	.	١	.	٣	٣	٢	٢	١	٣	.	١٦
١٩٨١	١	.	١	.	.	.	١	١	١	١	.	.	.	٦

المصدر : إدارة الاحصاء بوزارة الصحة

استراتيجية الطعوم والامصال والمستحضرات الحيوية

من المعروف ان الوقاية خير من العلاج وتغنى عنه ، وقد تطورت وسائل الوقاية من استعمال طرق منع انتقال المرض من انسان أو حيوان الى آخر بهدف منع انتشاره الى محاولة الوصول الى طرق استئصال أى مرض وفى هذا المجال تم التوصل الى نتائج مبهرة فى ميدان الامراض الفيروسية والبكتيرية وفى غيرها من الامراض بواسطة طرق الوقاية وذلك باستعمال الطعوم والأمصال الفعالة ضد هذه الأمراض .

وقد استشعر كثير من العلماء فى خلال الأربعينات والخمسينات ، أن عصر التطعيمات لحماية الجنس البشرى من الامراض المعدية قد تراجع أو انتهى وذلك بعد اكتشاف واستعمال المضادات الحيوية على نطاق واسع ، مما بشر حينئذ بظهور عهد جديد فى الطب يمكن ان تتم فيه السيطرة على جميع الامراض المعدية بل واستئصالها وخصوصا البكتيرية منها ، بواسطة استعمال المضادات الحيوية . .

وبرغم ان عددا كبيرا من الأمراض المعدية - وخصوصا تلك المتسببة عن المكورات الصبيدلية - أمكن السيطرة عليها باستعمال المضادات الحيوية ، فقد اتضح ان آمال وافكار اولئك العلماء لم تكن مبنية على درجة كافية من الدقة ، لأن كثيرا من الامراض المعدية عن الاصابة بالبكتريات المختلفة ما زالت مشكلة صحية فى مصر وفى غيرها من دول العالم .

وعلى ذلك عاد الرأى القديم الذى يعتمد على الوقاية من الامراض المعدية بواسطة التطعيم ، ليس فقط ضد الامراض الفيروسية ، ولكن ايضا ضد بعض الامراض البكتيرية ، خصوصا ما ينتج منها عن الاصابة بميكروبات بها سموم مثل : التيتانوس والدفتريا التى يوجد لها طعوم فعالة ومؤثرة ، بعكس الكثير من الامراض البكتيرية الاخرى التى لايوجد لها حتى الان مثل هذه الطعوم .

ويقصد بتطعيم الانسان او غيره من الكائنات الحية تنشيط الاستجابة المناعية بجسمه ضد الميكروبات ، عل امل ان يؤدى ذلك إلى ظهور اجسام مضادة مناعية فى الدم او ظهور مناعة خلوية تقيه الاصابة بالمرض ، وقد تقل هذه المناعة بمرور الوقت ولكنها تظهر مرة اخرى اذا تعرض الانسان للعدوى بنفس الميكروب .

وبمراجعة الانجازات التى تمت فى مجال انتاج وتسويق الطعوم تبرز امور من اهمها :

- تكثيف البحوث فى مجالات المناعة ضد الامراض المعدية الشائعة فى العالم .

- الاهتمام البالغ بالابحاث والدراسات للوصول الى تحضير الطعوم بطرق اكثر اقتصادا مثل استخدام طريقة المخمرات فى انتاج الطعوم البكترية وطريقة الحامل الدقيق ، وكذلك انتاج طعوم من جزء من الفيروسات مثل طعم الانفلونزا أو محاولة تحضير بعض الطعوم بالطرق الكيماوية أو استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج بعض الطعوم كما حدث فى انتاج الطعم الواقى من الالتهاب الكبدى الفيروسى ب على خلية الخميرة والدخول فى مجال ترويض المكيروبات والفيروسات كما هو جار حاليا فى تحضير طعوم التيفود عن طريق الفم او طعم ساين للوقاية من شلل الاطفال عن طريق الفم .

أنواع الطعوم : تنقسم الطعوم الى عدة أنواع ، تشمل ما يأتى :

اولا : الطعوم البكتيرية وهى :

– طعوم بكتيرية محضرة من الميكروب المقتول بالفورمالين ، أو بطرق أخرى مثل الفينول أو الحرارة ، ومن امثلتها طعوم : الكوليرا ، التيفود ، الطاعون ، السعال الديكى .

وكانت هذه الطعوم تحضر بزرع الميكروب على المستنبت الصلب الخاص بكل بكتيريا ثم حصده وقتله والتأكد من خلوه من الميكروبات الحية . وقد تطورت طريقة انتاج هذه الطعوم باستعمال طريقة المخمرات فى انتاج كميات كبيرة فى اقصر وقت وبأقل من عدد من الأيدى العاملة ، وتجرى محاولات لتحضير بعض هذه الطعوم بصورة حية مروضة أو تحضير طعوم من البوكسينات الداخلية ولا زالت هذه المحاولات قيد البحث والدراسة .

– طعوم بكتيرية محضرة من الميكروب الحى المروض : واشهرها طعم البى سى جى والتطور الذى حدث فى انتاج هذا الطعم هو انتاجه على هيئة جافة بدلا من السائلة لامكان نقله بسهولة وتخزينه مدة طويلة ، ومازالت تجرى دراسات عديدة على المثبتات لاعطاء الطعم مدة اطول فى الحفظ والتخزين .

– طعوم بكتيرية محضرة من سم الميكروب ومن اشهرها توكسينات التيتانوس والدفتريا اللذين أديا الى استئصال هذين المرضين فى كثير من بلاد العالم ، ويحضر هذان الطعمان فى المعمل فى زجاجات كبيرة بتحويل التوكسين الى توكسيد حتى يفقد كل قدراته على احداث المرض ، ولكنه يحتفظ بخواصه التى ينتج عنها اجسام مضادة مناعية للوقاية من المرض اذا حقن به الانسان ثم تطور الانتاج باضافة عوامل تعمل على امتصاص وتركيز التوكسيد حتى يمكن اعطاء كميات صغيرة لاتزيد على نصف سم٣ تكفى لاعطاء المناعة المطلوبة ، وقد امكن اخيرا تطوير الانتاج بواسطة طريقة المخمرات التى تتيح سهولة التحكم فى الانتاج واجراء الاختبارات فضلا عن توفير الايدى العاملة والخامات المعاونة والزجاج والحضانات وغيرها من اجهزة المعامل ، كما ان استخدام طريقة المرشحات فى التنقية والتركيز قد وفرت كميات كبيرة من الكيماويات التى كانت تستخدم فى هذا المجال .

– طعوم بكتيرية محضرة من جزء من البكتريا : مثل طعوم الالتهاب السحائى الوبائى والالتهاب الرئوى والوقاية من أمراض السيلان التى دخلت حديثا الى ميدان الطعوم ، وهذه الطعوم الثلاثة تحضر بالطريقة الحديثة وهى طريقة المخمرات .

ثانيا : طعوم الوقاية من أمراض الريكتسيا :

وهى طعوم لا تعطى مناعة عالية ، ومنها :

– الطعم الواقى من مرض التيفوس الوبائى : ويحضر على صفار أجنة البيض الملقح ثم ينقى ويركز بواسطة الاثير ومفعوله ضعيف مما أدى الى استخدام الطعم الحى المروض من سلالة مدريد الذى له كفاءة ضد مرض التيفوس ، ومازالت الدراسات العديدة تجرى لتطوير هذا الطعم .

– الطعم الواقى من الحمى المجهولة : وهذا الطعم له تفاعلات شديدة مع ضعف فاعليته فى الوقاية ، ولايستخدم الا فى مجموعات صغيرة مثل « الأطباء والبيطريين والجزارين » .

ثالثا : الطعوم الفيروسية : وهى نوعان :

– طعـوم فيروسية مقتوله بالفورمالين : وهى طعم شلل الاطفال سولك ، طعم الانفلونزا ، طعم الرفت فالى ، طعم الالتهاب الكبدى الفيروسى طعم الحصبة ، طعم الكلب .

– الطعوم الفيروسية الحية المروضة : وهى طعم شلل الاطفال سابين ، طعم الحصبة الحى المروض ، طعم الغدة النكفية الحى المروض طعم الحصبة الالمانى الحى المروض ، طعم الحمى الصفراء المحضر من سلالة (17 D) طعم الرفت فالى الحى المروض ، طعم الانفلونزا الحى المروض .

رابعا : طعوم للوقاية من الأمراض الطفيلية :

وخاصة الملاريا والبلهارسيا ، وانتاج هذه الطعوم مازال فى الطور الأول بسبب تكوين هذه الطفيليات المعقدة والحاجة الى معرفة الانتيجين اللازم لتحضير الطعم منه ، فضلا عن الحاجة لزرع الطفيليات لانتاج انتيجينات بكميات اقتصادية ، علاوة على الحاجة بعد انتاج الطعم الى وقت كاف للدراسة الميدانية والوبائية لاثبات مدى كفاءة الطعم فى الوقاية ومدة الوقاية .

خامسا : الطعوم المعوية عن طريق الفم : نظرا لان اكثر الطعوم المحضرة للوقاية من الامراض البكتيرية قليلة المفعول ، بل ان بعضها عديم المفعول مثل طعم الطاعون ، ونظرا لانتشار الأمراض البكتيرية . وخاصة المعوية منها ، مثل : التيفود ، الباراتيفود ، باسيلات الدوسنتاريا بانواعها ، ميكروب الكوليرا ، مما يشكل عبئا كبيرا على اجهزة الصحة للوقاية من هذه الامراض ، فقد استمرت الدراسات والابحاث على هذه الطعوم للوصول الى طعوم حية مروضة تعطى عن طريق الفم .

وتحظى هذه الدراسات والتجارب باهتمام كثير من دول العالم وكثير من العلماء وقد أمكن تحضير بعض هذه الطعوم ، مثل طعم التيفود عن طريق الفم الذى ثبت نجاحه فى احدى الدراسات فى مصر .

ولازالت الدراسات المعملية والميدانية مستمره على امل الوصول الى طعوم فعالة ليس لها تفاعلات جانبية ويمكن للانسان استعمالها دون خوف من اصابته بالمرض او تعريض المخالطين للعدوى ، بعد أن فتح التقدم العلمى – فى دراسة سبل احداث المرض والطريقة التى تتولد بها المناعة المعوية فى الانسان والحيوان – المجال لطرق جديدة فى انتاج هذه الطعوم ، ويمكن ان يساعد فى هذا الخصوص استخدام طرق الهندسة الوراثية الحديثة لانتاج الطعوم البكترية والفيروسية عن طريق الفم .

استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج الطعوم :

يعتمد التطور فى علوم انتاج اللقاحات الفيروسية على التطورات السريعة فى تكنولوجيا العلوم الاساسية لبيولوجية الجزئيات ، وهناك اتجاهان اساسيان لهذا التطور هما :

– انتاج لقاحات الجزء ، وهى عبارة عن انتيجينات من مكونات الفيروسات (بروتينات اومشتقاتها) ومن مثال ذلك طعم الانفلونزا الجديد (تحت الدراسة) .

– احداث تحورات ثابته فى جزئيات نوعية بالفيروسات لانتاج سلالات مستضعفة او مروضة يمكن استخدامها لانتاج طعوم فيروسية فعالة ولاينتج عنها أية اضرار أو تفاعلات جانبية ، ومثال ذلك طعم شلل الاطفال سابين عن طريق الفم ، وطعم الحصبة الحى المروض ، وطعم الغدة النكفية وطعم الحصبة الالمانى الحى المروض .

ويعتمد استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج الطعوم الفيروسية أساسا على أن المادة الوراثية أوالمركبات الجينية لكثير من الفيروسات هى الحمض النووى ، والذى اذا عوامل باحد الخمائر سينتج عنه نسج لحمض الشفرى النووى ، فاذا أدخل فى خلية بكتيرية قبل باسيل القولون نتج عنه تكاثر لهذا الحمض النووى للفيروس بكميات كافية ووفيرة ، ويمكن عن طريق علوم الهندسة الوراثية والكيمياء استخدام هذه الطريقة للحصول على كميات كبيرة من الطعوم الفيروسية ، غير ان هناك حتى الآن كثيرا من الصعوبات التى يمكن حلها بواسطة البحث والدراسة والتقدم فى علوم الهندسة الوراثية .

وقد امكن استعمال ميكروبات اخرى بدلا من باسيل القولون لانتاج انتيجينات الفيروسات وأهم ما حدث من تطور هو استخدام خلايا الخميرة فى انتاج طعم التهاب الكبدى الفيروس ب وهو ما سيؤدى الى ثورة كبيرة فى العلوم الطبية ، والى خفض ثمنه وبالتالى الى انتشار استعماله وهذا الطعم المحضر على خلايا الخميرة موجود حاليا وفى

طور الدراسات النهائية والتقييم العلمى لاختبار سلامته وفعاليته .

كما امكن تحضير طعم لطاعون الدواجن ، وفيروسات الانفلونزا ، وكذلك طعم الحمى القلاعية للحيوان بطريقة الهندسة الوراثية .

وقد ساهمت الهندسة الوراثية بالفعل فى احداث تطورات واسعة المدى فى انتاج اللقاحات بطريقة اقتصادية ، وتتقدم البحوث المكثفة فى هذا المجال بسرعة ، ومن المتوقع الحصول على انجازات كثيرة فى القريب ان شاء الله .

وتعتبر الطرق الكيماوية لتحضير اللقاحات فى غاية الأهمية ، وخاصة بالنسبة للفيروسات شديدة الخطورة التى لم يتم زرعها حتى الان بسهولة وكذلك لانتاج طعوم يعتبر انتاجها الآن صعبا باهظ التكاليف او لتلك الطعوم التى يوجد لها مستحضرات حاليا وثبت عدم فاعليتها .

ومما يجدر ذكره فى هذا المجال أن الدراسات والبحوث مستمرة لامكان انتاج العقاقير المضادة للفيروسات ومنه الانتروفيرون الذى يتم حاليا انتاجه بكميات كبيرة واقتصادية ، وذلك باستعمال علوم الهندسة الوراثية وسوف ييسر توافر الانترفيرون علاج الكثير من الامراض الفيروسية ، بل انه من الجائز استعمالها مستقبلا فى علاج السرطان .

طعوم الامراض الطفيلية : -

من خواص الطفيليات عموما تركيبها الانتجينى المعقد والمتعدد النواحى مما يؤدى الى صعوبة انتاج طعوم للوقاية منها ، كما ساعد على ذلك تمكن هذه الطفيليات من ان تكون طرقا للتغلب على الاستجابه المناعية ، والتى تكون غالبا – اذا تكونت – نادرة المفعول الكامل ، مع ذلك فقد حققت الدراسات المعملية للتحصين ضد بعض الطفيليات الشائعة بعض النجاح ، وذلك باستعمال طفيليات مروضة او مشععة او منقولة من مستخلصات من هذه الطفيليات وقد اعطت الطعوم المحضرة من الطفيليات المروضة او المشععة نتائج افضل – فى الوقاية من العدوى بالطفيل – من استعمال الطعوم المحضرة من الطفيل المقتول اواستعمال مستخلصات الطفيل .

وقد امكن تحضير بعض الطعوم لوقاية الحيوان وخاصة من مرض الديدان الرئوية من اهم الامراض الطفيلية التى تصيب الانسان مثل مرض البلهارسيا ومرض الملاريا ، وقد امكن تحضير نوعين من الطعوم ما زالا فى طور التجربة للوقاية من الملاريا .

وهناك احتمالات نظرية لتحضير طعم للانسان ضد ديدان الانكلستوما ومرض البلهارسيا على أساس استعمال السركاريا او اللارنا شبه الحية والامل ما زال معقودا على امكان التوصل الى انتاج الطعـــوم للوقايـــة من الامراض الطفيلية وخاصة تلك التى تصيب الانسان .

الأمصال الوقائية والعلاجية : وتشمل ما يأتى :

× المصل الوقائى ١ والعلاجى من مرض التيتانوس .

× المصل الوقائى ١ والعلاجى من مرض الدفتريا .

× المصل العلاجى من عضة الثعبان .

× المصل العلاجى من لدغ العقرب .

× الجاما جلوبين (من الانسان) العلاجى للتيتانوس .

× الجاماجلوبيولين (من الانسان) العلاجى للدفتريا .

الجاماجلوبيولين للوقاية او علاج بعض الامراض الفيروسية مثل الحصبة الالمانى وشلل الاطفال .

وتحضر الأمصال الأربعة الأولى فى الخيول أو فى حيوانات أخرى مثل : البغال والعجول . أما باقى الأمصال الأخرى فتحضر من الانسان .

ونظرا لشدة الحاجة الى هذه الامصال للوقاية والعلاج ، ونظرا لما يحتويه دم الخيول او الحيوانات الاخرى من مضاعفات اهمها مضاعفات الحساسية ، فان الاتجاه حاليا هو دراسة امكان انتاج هذه الامصال بواسطة طريقة الخلايا المهجنة .

وقد امكن استخدام طريقة الخلايا المهجنه فى انتاج الامصال

التشخيصية النوعية الا ان استخدام هذه الطريقة فى انتاج الامصال الوقائية او العلاجية لازال يعترضه بعض العقبات الخطيرة ومنها ان طاقة الخلايا بهامكونات الخلايا السرطانية مما قد يسبب حدوث سرطان فى الانسان اذا استخدمت هذه الامصال .

ولا زالت الدراسات مستمرة لإمكان إحلال الخلايا السرطانية بخلايا اخرى حميدة لاتحمل الجينات الوراثية السرطانية وبذلك يمكن تحضير الامصال الوقائية والعلاجية بكميات كبيرة وفى مكان محدود ، دون الحاجة الى الخيول التى تستخدم لهذا الغرض .

المستحضرات الحيوية (مشتقات الدم) .

وتعتبر حيوية فى الوقت الحالى لعلاج الانسان من كثير من الامراض وخاصة ان الاتجاه العالمى حاليا هو استعمال جزء من مكونات الدم المطلوب للعلاج وليس الدم ككل الا فى الحالات التى يتطلب فيها نقل الدم الكامل ، وعلى ذلك اصبح الاحتياج الى المشتقات يزداد يوما بعد يوم ومن هذه المشتقات :

الجلوبيولين المضادات للهيموفيليا (أ) : ويعطى لمرض الهيموفيليا .

الجلوبيولين المضاد للهيموفيليا (ب) معامل كريسماس ويعطى لمرضى الكريسماس (نقص المعامل التاسع) ويحتوى ايضاعلى ثلاثة عناصر اخرى للتجلط .

الفيبرينوجين : ويعطى لحالات النزف بسبب النقص الوراثى للفيبرينوجين ، او اثناء الولادة او بعدها كما يستخدم فى عمليات القلب المفتوح التى زادت مع زيادة جراحات القلب .

– الجاما جلوبيولين : وهو البروتين الذى يحتوى على الاجسام المضادة لكثير من الامراض البكتيرية ويعطى للوقاية والعلاج كثير من هذه الامراض ويحضر اكبر كمية منه للحقن فى العضل ، ونسبة بسيطة جدا تحضر للحقن فى الوريد .

– الالبيومين : ويعطى لحالات الصدمات الجراحية والعصبية والحروق والفشل الكلوى والكبدى وغيرها .

بدائل البلازما :

ان التطور السريع الذى حدث فى ميدان علوم نقل الدم ادى الى التقدم المذهل فى علوم الجراحة وخاصة علوم زرع الاعضاء ، وهناك دائما احتمال حدوث نقص فى كميات الدم المطلوبة وخاصة فى اوقات الازمات والحوادث التى تتطلب كميات كبيرة من الدم نظرا لعدم وجود العدد الكافى من متطوعى الدم ، وكذلك لعدم امكان تخزين الدم لاكثر من فترة زمنية تتراوح بين اسبوعين وثلاثة اسابيع .

ولهذه الاسباب كان الاهتمام الشديد بانتاج مشتقات الدم والبلازما وبديلاتها ومن هذه البدائل :

المركبات الصناعية : مثل :

الدكستران وهو محلول له فاعلية فى الحفاظ على حجم البلازما ، فضلا عن أنه مأمون الجانب اذا أعطى بكمية ١٥ سم٣ لكل كيلو جرام من وزن الجسم .

الجيلاتين : من المواد البروتينية التى لاتتواجد فى الطبيعة وتحضر من البروتين والكولاجين بكميات متوازنة ،ويمكن اعطاء الجيلاتين للمريض مرات عدة دون حدوث آثار جانبية نظرا لطبيعة الانتيجينى فضلا عن انه لايؤثر على عملية وقف النزف .

النشا : وهو من المحاليل الهامة جدا فى الحفاظ على حجم البلازما فى الدم وهناك اهتمام بالغ باحتمال استمرار تخزينه فى الانسجة لمدة طويلة .

مركبات بديلة لحمل الاوكسجين ، مثل :

مركبات الفلوروكاربون : وهناك دراسات تدل على أن هذه المادة تحل محل كرات الدم الحمراء فى حمل الاوكسجين الى انسجة جسم الانسان ، ويحتاج الامر الى بحوث تحدد احسن الانواع من هذه المادة فى حمل الاوكسجين دون حدوث اضرار او تفاعلات سمية من جراء ذلك .

المحاليل المعوضة مثل :

محاليل الملح ومحاليل الجلوكوز : وتسبب عند اعطائها للمريض

زيادة مؤقتة فى كمية البلازما بدلا من تلك المفقودة اثناء عملية النزيف ، كما تزود المريض بالمياه والأملاح والطاقة اللازمة .

التوصيات

على ضوء ما سبق يوصى بالمجلس بما يلى :

* تعظيم الافادة من انتاج الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات وذلك عن طريق :

– ان تكون مشروعات الخطة الخمسية للهيئة محددة الأهداف ، ودراسات تكلفتها دقيقة ، وعائدها الاقتصادى مضمون .

– الأخذ بأوضاع مالية وادارية وتجارية تسمح بأن يكون انتاج الهيئة على أسس اقتصادية ، تكفل تغطية التكاليف وتسمح بالتطور المنشود بالسرعة المطلوبة .

– تعديل النمط الانتاجى للهيئة ، بحيث يكون ذا طابع صناعى اكثر منه معملى ، بما يؤدى الى تغطية الاحتياجات المحلية والتصديرية كما ونوعا ، ويحقق ذلك من خلال :

× رفع كفاية الانتاجية للعاملين بالهيئة .

× اكمال البنية الاساسية للمرافق بالهيئة ، وكذلك الهيكل التنظيمى العام لها ، بما يضمن توفير مستلزمات الانتاج والحفاظ على فاعلية التشغيل بتوفير حيوانات تجارب ملائمة ، وان تكون البحوث مرتبطة بعمليات الانتاج وتطويره .

– تصعيد كفاءة الانتاج المعملى من اللقاحات البكتيرية والفيروسية ، وعدم الاكتفاء بتعبئة بعض هذه اللقاحات ، وتكثيف القدرات العلمية للهيئة لتحقيق السيادة الرقابية على المنتجات البيولوجية بهدف تأمين جودتها وصلاحيتها . مع امكان الافادة من الخبرات الأجنبية المتميزة فى هذه المجالات .

* تقديم الدعم الكامل والتمويل اللازم للاسراع بانشاء مركز الهندسة الوراثية – الذى قرر مجلس جامعة القاهرة انشاءه ، حيث انه الامل فى المستقبل – بحيث يكفل استيعاب التكنولوجيا فى مجالات إنتاج وتحضير طعوم فعالة وأمصال وقائية وعلاجية بكميات وفيرة وبتكاليف زهيدة .

* تجميع الدراسات الخاصة بعلوم المناعة – والتى تجرى حاليا فى بعض اقسام كليات الطب وفى بعض المراكز والمعاهد العلمية – فى مركز متخصص فى هذه العلوم ، بهدف تحقيق المزيد من التعمق فى هذه الدراسات ، لحل مشكلات المناعة المتعلقة بالامراض البكترية والفطرية والطفيلية والفيروسية .

* اعطاء أولوية لتشجيع وتمويل الدراسات والابحاث فى المجالات الآتية :

× علوم المخمرات والأجهزة المستعملة فى هذه العلوم ، وذلك لانتاج الطعوم البكتيرية .

× طرق الحامل الدقيقة التى تستخدم حاليا فى انتاج كميات كبيرة من الطعوم الفيروسية مثل : طعم شلل الاطفال سولك وطعم الكلب – على خلايا زرع الأنسجة ، مع تركيز الاهتمام بالعلوم الكيماوية الهادفة الى انتاج طعوم فيروسية بالطرق الكيماوية ، بجانب العناية بمايخص انتاج فاكسينات من الجزء الفعال فى الفيروس .

× ايجاد الوسيلة الفعالة لاعطاء المناعة وللوقاية من امراض الجهاز الهضمى المعدية مثل : التيفود والشيجيلا وباسيل القولون والكوليرا وفيروسات روتا واسهال الاطفال ، حيث تمثل هذه الأمراض عبئا قوميا وصحيا واقتصاديا .

* مسايرة التطور العالمى فى الابحاث والدراسات المتعلقة بمشتقات الدم وبدائله ، وذلك عن طريق ارسال البعوث الى الخارج واستقدام الخبراء والعلماء فى هذا المجال ، بهدف زيادة انتاج المشتقات ذات الاهمية الحيوية المتزايدة فى وقت تتناقص فيه باستمرار الكميات اللازمة للبلاد من هذه المشتقات .

* جدية تعميم ذكر فصيلة كل مواطن ، بعد تحديدها بدقة ، فى بطاقته الشخصية او العائلية .

تطبيق نظام البطاقة الصحية

يقترن نجاح العلاج الطبى للمواطن بتوافر سجل طبى يحتوى على المعلومات الخاصة بحالته الصحية طول مرحلة حياته منذ الميلاد حتى الوفاة وقد عنيت الدول المتقدمة بتوفير هذا السجل لمواطنيها شعورا منها بأن العنصر البشرى هو المحور الذى تترتكز عليه فى تقدمها وازدهارها .

واذا كانت جمهورية مصر العربية قد وفرت لمواطنيها نوعيات كثيرة من العلاج ، الا أن تنظيم مهنة العلاج حتى الآن لم يحظ بالنظرة الشمولية الى تسمح باستغلال الخدمات العلاجية الاستخدام الامثل وترشيد استهلاك الدواء وتنظيم عملية فحوص المرضى بما يمنع تكرار الفحوص بلا داع ، وكذلك تنظيم وسائل التشخيص والعلاج لذلك فانه لابد من اتخاذ اجراءات جدية نحو البدء فى تطبيق نظام البطاقات الصحية للمواطنين .

التعريف بالبطاقة الصحية :

البطاقة الصحية هى السجل الطبى الذى يحتوى على المعلومات الخاصة بالحالة الصحية للمواطن ، موزعة على مراحل حياته ، ووسائل الوقاية التى تقدم له ، وكذلك طرق تشخيص وعلاج الحالات والاصابات والحوادث التى يعرض لها ، منذ ولادته حتى وفاته .

أهمية البطاقة الصحية :

تعتبر البطاقة الصحية تعبيرا عن حق كل مواطن فى الرعاية الصحية ومسئولية الدولة ازاء ذلك ، مع وضع هذا الحق فى اطار تنظيمى يتوافق مع الخدمات الصحية المتاحة ، وتتعدد فوائد هذا النظام على النحو الآتى :

أ - بالنسبة للمواطن :

- تحدد له الطبيب الذى يتوجه له عند احتياجه لأى خدمة طبية ، وفى الوقت نفسه لاتحد من حريته فى اللجوء الى الطبيب الخاص والمستشفى الخاص .

- تبين ما قدم له من رعاية طبية وقائية أوعلاجية ، مما يساعد على التعرف على التاريخ المرضى للمواطن ، وتتبع حالته الصحية ، والتشخيص السليم متى اقتضى الامر ذلك .

- تستبعد تكرار بعض الاجراءات الطبية ، مثل الفحوص الطبية والمعملية ، أو الاشعة .

- تعد وثيقة للمريض اذا احتاج لها فى الاغراض القانونية .

ب - بالنسبة للطبيب :

تيسر سرعة تشخيص وعلاج المريض ، وذلك بالاطلاع على نتائج سابقة تردده .

- تمكن الطبيب من تحليل بيانات بعض البطاقات للاستفاده بها فى اكتشاف الامراض المنتشرة بين الأسر ، وذلك الى جانب الانتفاع بالبيانات فى مجال البحث العلمى .

- تعد وثيقة هامة فى بعض الحالات القانونية .

جـ - على المستوى القومى .

- وسيلة فعالة لترشيد الخدمات الصحية وتوجيهها الى مستحقيها ، وعدم اهدارها او اساءة استعمالها .

- تزيد من الوعى الصحى لدى المواطنين ، مما ينعكس ايجابيا على

المستوى الصحى للفرد والمجتمع .

– تمكن من استخراج البيانات التى تكفل وفرة المعلومات اللازمة للمخطط الصحى ، لوضع الخطة الصحية فى الحاضر والمستقبل . وكذلك لرفع مستوى وكفاءة الخدمة فى جميع نواحيها .

– تنظيم علاج المرضى ، ومنع تكرار الكشف فى جهات متعددة ، مما يمنع اهدار وقت الأطباء ويوفر الكثير من الجهد والمال .

موجز للتجارب السابقة والحالية فى مجال تنفيذ البطاقة الصحية

تجربة الهيئة العامة للتأمين الصحى :

يطبق التأمين الصحى منذ عام ١٩٦٤ على شرائح وقطاعات منظمة اداريا ، طبقا لقوانين تحدد نسبة اشتراك المنتفع ونسبة اشتراك صاحب العمل .

ويبدأ التطبيق بالاتصال بشئون العاملين بالجهة الادارية الصادرلها قرار بالتطبيق وتسلم استمارات مجانية لعمل حصر العاملين بها ، صادرة من التأمين الصحى (نموذج ت . ص ١٠١) ويسجل بها بيانات جهة العمل وأرقام التأمينات الخاصة بها ، ثم يسجل العاملون : الاسم والنوع والوظيفة ، ثم محل الاقامة ، وتاريخ الميلاد ، والمرتب الشهرى ، وبيانات البطاقة الشخصية أو العائلية . ويحرر هذا النموذج من أصل وصورتين ، لاستخدامها فى الاماكن والعيادات التى سيتردد عليها المنتفع .

البطاقة الصحية :

– بعد ورود البيانات السابقة ، تقوم ادارة الاحصاء – وهى المختصة باصدار بطاقة المنتفع الصحية – باعطاء الرقم الكودى لكل منتفع ، ثم اصدار (كرنيه) عليه صورة المنتفع وبياناته الواردة فى النموذج السابق الاشارة اليه . وهذا الكرنيه يمكن حمله مع البطاقة العائلية .

– يعمل للمنتفع فى نفس الوقت بطاقتان للتردد – والبطاقة هنا عبارة عن كراسة مصممة طبقا لمتطلبات العرض الطبى – وتخصص واحدة لمرحلة الممارس العام ، والأخرى لمرحلة الاخصائى ، حينما يكون كشف الممارس بعيدا عن مكان كشف الأخصائى ، واذا اتحد المكان (عيادة شاملة مثلا) فيكتفى ببطاقة واحدة .

وهذه البطاقة التى يحتفظ بها فى مكان العلاج لايسمح للمنتفع بتداولها حفاظا عليها من الضياع ، ومنعا من اضافة بيانات او تشخيصات أو توصيات ، بطريقة غير رسمية .

– يجرى كل فترة زمنية (٣ سنوات) تحديث البيانات ، ومراجعة حركة الدخول والخروج بالنسبة لجميع المنشآت والجهات الادارية المطبق عليها قوانين التأمين الصحى .

– خصص لمنتفع القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بطاقة بلون احمر ، وذلك لأن المنتفع يدفع ١ ٪ من الاجر الشهرى ويدفع صاحب العمل ٣ ٪ ويعالج المنتفع دون دفع أى تكاليف فى مراحل العلاج المختلفة .

– خصص لمنتفع القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ بطاقة بلون اصفر ، لأن المنتفع يشارك فى دفع تكاليف رمزية عن مراحل العلاج المختلفة ، اذ أن مايدفعه شهريا يبلغ نصفا فى المائة من الأجر الشهرى ، وتدفع له جهة العمل – وهى حكومية – واحدا ونصفا فى المائة .

– يربط كل منتفع على ممارس وعلى عيادة شاملة وعلى مستشفى ، ويكون هذا الربط بناء على موافقة جهة العمل ، ولا يجوز للمنتفع تغيير هذه الجهات الا فى حالات الطوارىء ، فله ان يلجأ الى اى مستشفى بموجب كرنيه التأمين لتقدم له ما يطلبه من خدمات عاجلة .

وقد ساعدت البطاقة الصحية على :

× تحديد أعداد المنتفعين بكل موقع يقدم الخدمة الطبية التأمينية .

× تحديد جهة العلاج فى المراحل المختلفة لكل منتفع .

× تغطية احتياجات المنتفع العلاجية ، مما قد يتعرض له من طوارىء فى أى مكان بالجمهورية .

× المساعدة فى اعمال المتابعة والاحصاء والرقابة على صرف

الدواء ، وحصر تكلفة كل عنصر من عناصر الخدمة .

× قصر تقديم الخدمة الصحية على المنتفع فقط (حامل البطاقة) .

تجارب وزارة الصحة

البطاقة الصحية فى الريف :

– بدأت أولى تجارب وزارة الصحة فى تطبيق البطاقة الصحية فى اوائل الخمسينات فى مركز التدريب والتنظيم بقليوب ، وقد صممت بطاقة صحية مبسطة عممت فى الوحدات الصحية بريف المركز .

– وفى عام ١٩٥٥ بدأت تجربة أخرى ، أكثر دقة وشمولا ، فى مشروع شبرامنت لتحسين الصحة القروية . وقد صممت محفظة عائلية تشمل حصرا لأفراد الأسرة وبيانات عنهم ، وسلمت المحافظة بطاقة صحية لكل فرد من أفراد الأسرة ، وسلمت كل اسرة بطاقة يستطيع اى فرد من افرادها ، بموجبها ، استخراج بطاقته للعرض على الطبيب او الحصول على أى خدمة صحية – كما عمل ارشيف مبسط ، يمكن من خلاله حفظ البطاقات والمحفظة ، مع سهولة استخراجها واعادتها لموقعها .

– وفى الستينات ، وعلى ضوء الخبرات السابقة – تم تصميم محفظة مماثلة ونماذج للبطاقة الصحية للافراد ، لاستخدامها فى الخدمات الصحية بالريف وقامت الادارة العامة لصحة الريف بتعميم هذه المحفظة العائلية ، من خلال مديريات الصحة التى كانت تتولى طبع المحافظ والبطاقات محليا .

وفى تجربة تمت بالجيزة ، قامت المحافظة بالتعاقد من خلال مناقصة مع إحدى المطابع ، وتركت لكل وحدة الانفاق على العدد اللازم لها واستلامها من المطبعة وتميزت هذه التجربة بكتابة اسم الوحدة على المحفظة ، وحريتها فى اختيار اللون المناسب من الورق ، وتوافر المحافظ والبطاقات فى جميع الوحدات .

وامتدت التجربة حتى شملت ٤٠ ٪ من وحدات الريف على مستوى الجمهورية . على ان صدور القرارات الخاصة بانشاء صناديق تحسين الخدمة – بالوحدات التى يعتمد تمويلها على دفع رسم رمزى مقابل الكشف بعياداتها – ادت الى وجود تناقض بين مبدأ المحفظة والبطاقة الصحية التى تفترض وجود تذكرة دائمة للمتردد ، وبين النظام المالى المطلوب للسيطرة على موارد الوحدة ، والذى اصر المختصون على ان يتمثل فى تذاكر عيادة خارجية مدموغة لكل زيارة ، ولم يقبلوا فكرة الطوابع أو الأختام التى توضع عند كل زيارة على البطاقة الصحية الدائمة .

البطاقة الصحية الفردية فى الحضر :

بدأت دراسة هذه الفكرة فى سنة ١٩٧٣ ، وصممت لذلك بطاقة صحية تعتمد على توفير البيانات الشخصية للمواطن ، ثم ادراج صفحات للفحص الطبى الدورى الذى يتم كل ٣ شهور فى السنة الأولى من الفحص ، ثم كل ستة اشهر خلال السنتين التاليتين ، ثم سنويا حتى سن المدرسة ، ثم فى كل من الصف الأول والرابع من الحلقة الأولى للتعليم الأساسى ، وفى السنة الأولى من الحلقة الثانية للتعليم الأساسى ، والسنة الأولى الثانوية ، ثم فى سن العشرين بعد انتهاء مرحلة المراهقة ، ويشمل الفحص الأخير على مدى الصلاحية للزواج .

كما شملت البطاقة صفحات للتردد والتشخيص والفحوص والعلاج مع بيانات تفصيلية عن الاصابات ، والتحصين ضد الأمراض ، وفصيلة الدم .

وتمت تجربة هذه البطاقة فى نطاق محدود للتحقق من السهولة فى الاستخدام ، ولم تتح الفرصة للتطبيق على نطاق واسع الا فى الثمانينات ، حيث طبقت لأول مرة فى المركز الصحى الحضرى بحى الكويت فى بور سعيد .

المراكز الصحية الحضرية بالقاهرة :

انشىء مركزان بكل من الزاوية الحمراء والشرابية ، فى حى شبرا بالقاهرة ، بتمويل من مشروع السكان الثانى ، لخدمة هاتين المنطقتين اللتين تتميزان بما يأتى :

× ارتفاع الكثافة السكانية .

× وجود مساكن شعبية مقامة حديثا نسبيا فيهما .

وروعى ان يخدم كل مركز حوالى ٦٠ الف نسمة ، وأن يقدم كل من المركزين خدمات رعاية صحية اساسية متكاملة وشاملة ، بأسلوب طبيب الأسرة ، مع تجربة نظام الزيارات المنزلية المنتظمة .

العقبات أثناء التنفيذ :

× عدم استقرار الأطباء فى المركز ، لايفادهم فى بعثات داخلية ، أو طلبهم الانتقال الى ادارات أخرى وقد راعت الادارة باستمرار أن تفضل الحاق الأطباء الذين امضوا فترة التكليف ، أو من تخرجوا فى دفعات قديمة .

× عدم كفاية الأعداد الموجودة من هيئة التمريض لتغطية الخدمة والنوبتجيات ، ونقص تدريبهن فى مجال التوليد .

× عدم ادراك جمهور المنتفعات لأهمية وجود بطاقتهن الصحية معهن ، حتى يمكن استخراج الكراسة الصحية الخاصة بكل منهن بسهولة ويسر .

× عدم وجود أعداد كافية من المرشدات الصحيات اللاتى تقمن بتنفيذ نظام الزيارات المنزلية الدورية المنتظمة .

ولما كانت التجربة ما زالت فى مرحلة الاختبار ، فانه لايمكن الحكم عليها حتى تتوافر كافة مقومات تنفيذها واستقرار الأطباء ، وتعزيز المركز باعداد كافية من هيئة التمريض لتغطية الخدمة والنوبتجيات ، ونشر الوعى الصحى بين المواطنين ، واختيار الأعداد الكافية من المرشدات الصحيات من سكان المنطقة ، لتنفيذ نظام الزيارات المنزلية الدورية المنتظمة .

مواصفات البطاقة الصحية والملف الطبى

عند تحديد مواصفات البطاقة الصحية ، فانه يجب أن يؤخذ فى الاعتبار ما يلى :

× ان توضح اهم ملامح التاريخ المرضى للشخص .

× ان تكون مجالا لمتابعة الحالة الصحية للفرد فى المستقبل .

× ان تكون ذات فائدة ملموسة بالنسبة للفرد أو للجهة الصحية .

× أن يسهل الرجوع اليها ، خصوصا فى حالات الطوارىء الصحية للفرد .

× ان يكون من السهل الاحتفاظ بها حاضرا ومستقبلا .

× ان تكون موحدة بالنسبة لجميع الأفراد والطوائف والفئات المستخدمة لها .

× ان يوضح بها الارتباط الصحى للفرد ، اى الجهة الصحية التى يرجع اليها الفرد فى طلب الخدمات الصحية والطبية .

× ان يوضع لها نظام يسهل معه أن تتبع الفرد عند تغير موقعه .

× ان تحمل رقما مميزا فريدا لا يتكرر مع البطاقات الاخرى ، وأن يكون معبرا عن الجهة الصحية القائمة بالخدمة ، أو الجهة الجغرافية التى ينتمى اليها الشخص .

ويمكن تحقيق كل ذلك عن طريق :

× بطاقة صحية شخصية يحملها الفرد .

× ملف صحى تفصيلى يحتفظ به فى جهة الرعاية الصحية الأساسية المرتبط بها الفرد ويؤدى كل منها وظيفته على النحو الآتى :

أولا : البطاقة الصحية الشخصية :

نظرا لأن هذه البطاقة هى الهوية الصحية للفرد ، ولأن المفروض أن يحملها الشخص بصفة مستمرة معه بالنسبة للأفراد البالغين على الأقل تحسبا لأى طوارىء صحية فمن المطلوب :

١) أن يكون شكل هذه البطاقة :

– صغيرة الحجم نسبيا (لاتزيد بأى حال عن حجم البطاقة الشخصية / العائلية حتى يمكن حملها .

– أن تكون من مادة مقواة قابلة للتحمل وغير سهلة التمزق .

– ان تكون غير قابلة للعبث ببياناتها .

– أن تكون قابلة للتغير فى المستقبل عند تغير بياناتها الاساسية .

– ان تكون موحدة الشكل والحجم فى جميع الاحوال .

(وفى الحالات المثالية - والتى يطمع أن تكون موضع التطبيق فى المستقبل : أن تكون هذه البطاقة من البلاستيك الممغنط ، بحيث تدرج بها البيانات مغناطيسيا وتكون قابلة للتعامل مع أجهزة الكومبيوتر) .

٢) أن تكون محتويات هذه البطاقة :

- رقما كوديا فريدا خاصا بالبطاقة ، غير قابل للتكرار ، ويقترح فى هذا الشأن أن يكون نفس الرقم الكودى الذى يعطى للشخص .

- أن توضح اسم الشخص رباعيا وتاريخ ميلاده .

- أن توضح الجهة الصحية المرتبطه بها للرعاية الصحية الأساسية وكذلك جهة الرعاية الصحية الثانوية .

- ان يوضح بها البيانات الصحية الأساسية للشخص مثل :

× فصيلة الدم .

× الأدوية والعقاقير التى تسبب حساسية لصاحب البطاقة والتى لايجب اعطاؤها له .

× العمليات الجراحية (الكبيرة أوالهامة) التى سبق أن أجريت لصاحب البطاقة .

× وجود امراض مزمنه ذات اهمية يعانى منها حامل البطاقة مثل : السكر ، ضغط الدم ، قابلية النزف ، الصرع ، أمراض القلب ، وغيرها .

× سابقة التحصين ضد الامراض الهامة .

٣) وفى حالة فقدان البطاقة ، يمكن استخراج أخرى جديدة بنفس المعلومات ، من الجهة الصحية التى سبق ان اصدرت البطاقة الأصلية أو الأولى التى تحتفظ ببيانات الشخص .

وفى حالة تغيير بعض البيانات الأساسية فى البطاقة أو اضافة بيانات جديدة (مثل اجراء عمليات كبيرة أو اكتشاف حساسيات معينة أو أمراض هامة جديدة) يمكن استخراج بطاقة تحمل هذة البيانات الجديدة .

ثانيا الملف الصحى :

- الملف الصحى دائما هو الأساسى ، وهو السجل الصحى التفصيلى للفرد .

- ينشأ الملف ويحتفظ به فى جهة الرعاية الصحية الأساسية المرتبط بها الشخص ويسجل عليه جهة الرعاية الصحية الثانوية التى يجب تحويل الشخص اليها للرعاية الطبية عند الحاجة .

- أن يكون على شكل محفظة ورقية مقواه ، قابلة لاضافة أى مستندات صحية جديدة .

- ان يحمل رقما كوديا خاصا بالفرد يمكن الرجوع اليه فى أى وقت ، ويفضل أن يكون الرقم القومى الخاص بالفرد - ومن ثم يوضع الرقم نفسه على البطاقة الصحية .

- أن يوضع خارج الملف اسم الشخص رباعيا وتاريخ ميلاده ، وموطنه الاصلى .

- أن يكون من السهل الحصول على صور من بعض المستندات الصحية التى يتضمنها الملف ، عند الحاجة الى احالة الشخص الى جهة رعاية طبية أخرى .

- ان يسهل تتبع نظام الاحالة ، أوتغير جهة الرعاية الصحية الأساسية ، عند تغير الوضع الاجتماعى أو الجغرافى لصاحب الملف .

- ان تسجل به بيانات الكشف الصحى والطبى الشامل الذى يجرى على الشخص عند فتح الملف الصحى ، ويكون أساسا لمتابعة الحالة الصحية للفرد مستقبلا بحيث يشتمل على نتائج فحص جميع أجهزة الجسم .

- ان تثبت به الاستشارات الطبية ونتائجها الهامة .

- ان يحتفظ بالملف فى جهة الرعاية الصحية الأساسية ، ويطلع عليه الطبيب عند كل استشاره طبية ، ولا يسمح لفرد ان يحمله لضمان عدم ضياعه أو العبث به .

- ان يكون من الممكن احتفاظ المريض بصورة أخرى من الملف لاستخدامها عند الحاجة ، لقاء ثمن رمزى ، لاضافة أى بيانات اليه - بمعرفة طبيب خاص مثلا عند الضرورة - ويعاد تسجيلها بالملف الاصلى

الذى يبقى فى مكانه بجهة الرعاية الصحية الاساسية .

- باقى البيانات الطبية التفصيلية التى يجب ان يتضمنها هذا الملف ، ويمكن دراستها وبحثها عن طريق لجنة طبية صحيحة تشكل لهذا الغرض وتقر الشكل النهائى لهذا الملف .

- يجب أن يكون هذا الملف موحد الشكل فى جميع الجهات التى تتعامل به ،كما يجب ان يوضع نظام تسجيل دقيق يتضمن :

- سجلا كاملا طبقا للأرقام الكودية للملفات (والبطاقات) ، بحيث يمكن الرجوع اليه لبيان صاحب الملف أوالبطاقة .

- سجلا دقيقا آخر يحتوى على اسماء اصحاب الملفات والبطاقات ومرتبة ترتيبا هجائيا ، بحيث يمكن الرجوع اليه لبيان الأرقام الكودية للملفات ، ويكون قابلا لاضافة أسماء جديدة ، دون تغير كبير فى هذا السجل .

- نظام حفظ دقيق للملفات ، ييسر استخراج الملفات المطلوبة فى أسرع وقت عند طلبها .

ونورد فى الصفحة التالية نموذجا للبطاقة المقترحة :

دراسة مراحل التطبيق

اولا : التعريف بالأنظمة الحالية :

توجد لدينا عدة أنظمة للخدمات الطبية لمختلف فئات المواطنين ، ولا شك أن التطبيق الشامل لنظام البطاقة الصحية يستدعى ضرورة التعرف على النظم الصحية السائدة لدينا الآن ومن ثم ينبغى دراسة الانظمة القائمة للبطاقة الصحية والملف الصحى للمواطن ، فى الجهات الآتية :

التأمين الصحى :

بصفته المظلة التى تغطى قطاعا كبيرا من المواطنين يصل الى ٦ ملايين مواطن .

القوات المسلحة :

ولها ميزة التنظيم الجيد فى ملفاتها ، كما ان لها صفة التغيير المستمر .

قوات الشرطة :

لها خدماتها الصحية لأفرادها وعائلاتهم ، ولها صفة الاستمرارية النسبية .

الصحة المدرسية :

والملف الصحى جزء اساسى من أوراق الطالب فى المدرسة أو الجامعة ويشكل طلبة المدارس والجامعات حوالى عشرة ملايين مواطن.

المؤسسات الكبيرة :

التى لديها أجهزتها أو وحدات طبية على مستوى جيد .

ويكون هدف الدراسة المقترحة هوالتعرف على أصلح نظام للبطاقة والملف الصحى يمكن توحيده بالنسبة لجميع الجهات والفئات ، وتطبيقه على جميع المواطنين .

وبعد ذلك يمكن تطبيق نظام البطاقة والملف الصحى على جميع المواطنين الذين يتبعون مجتمعات منظمة - كالسابق ذكرها - ويقرب عددهم من عشرين مليون مواطن .

هذا بالاضافة الى سهولة تطبيقه على جميع المواليد الجدد فى جميع انحاء البلاد ، وذلك بانشاء بطاقة وملف صحى جديد مع كل شهادة ميلاد لكل مولود جديد - حيث يبلغ عدد المواليد حوالى ١.٥ مليون فى كل عام - وبدون الانتظار الى أن يلتحق أى منهم بأحد المجتمعات السابقة (المدارس مثلا) .

وبالتطبيق لأحكام اللائحة التنفيذية للقانون رقم ٢٦٠ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١١ لسنة ٦٥ ، والقانون رقم ١٥٨ لسنة فى شأن الأحوال المدنية فان الجهات الصحية المختصة (مكتب الصحة) تتلقى التبلغات عن المواليد ، وتحرر شهادة الميلاد عقب التسجيل فورا ، فيمكنها فى نفس الوقت استخراج وتحرير البطاقات الصحية للمواليد الجدد .

وتكمن الصعوبة ، بالنسبة للتطبيق ، فى المحافظات الكبيرة التعداد

نموذج للبطاقة الصحية

بطاقة صحية شخصية

الرقم الصحى

الاسم رباعيا

العنوان

تاريخ الميلاد   الجنس

رقم الهوية   جهة الاصدار

فصيلة الدم

اسم المسجل

توقيعه

تاريخ الاصدار

ختم المركز

التطعيم

نوع	تاريخ	توقيع	نوع	تاريخ	توقيع

ارشـــادات هامـــة

المرجو اتباع الارشادات التالية :

١- هذه البطاقة وثيقة صحية هامة تساعد وزارة الصحة على تقديم خدمة صحية متكاملة للمواطن ويجب المحافظة عليها وحملها فى جميع الاوقات .

٢- هذه البطاقة شخصية ولا تستعمل الا لصاحبها فقط .

٣- على المواطن مراجعة المركز الصحى أو المستشفى الصادرة منه هذه البطاقة الا فى حالات الاسعاف فقط .

٤- فى حالة فقدان هذه البطاقة تستخرج بطاقة صحية بديلة من نفس جهة اصدار البطاقة الأولى .

مع تحيات وزارة الصحة ...

مثل : الدقهلية ، البحيرة ، القاهرة ، وكذلك فى محافظات الحدود .

ويجب أن يوضع فى الاعتبار تكلفة التنفيذ ، والمصـــرف المالـــى (ميزانية المحافظة أو الوزارة او ميزانية تنفيذ خاصة) .

ثانيا : تطبيق تنفيذ البطاقة الصحية على مستوى الفئات :

وهو احدى الوسائل المرحلية للتطبيق وهذه الفئات قد تكون :

– المجتمعات المغلقة : مثل طلبة المدارس والجامعات ، والقوات المسلحة ، وعمال المصانع .

– الفئات العمرية : مثل فئة المواليد ، وفئة العمر عند دخول المدرسة.

– فئات سكانية : عند استخراج بطاقة تأمينية او البطاقة الشخصية مثلا .

وقد تكون هذه الوسيلة أسهل وأشمل فى التطبيق ، للاعتبارات الآتية :

× يمكن ان تشمل أكثر من فئة من هذه الفئات معا .

× يمكن التطبيق (فئويا) على مستوى الجمهورية .

× منافذ تطبيقها أكثر ضبطا .

× يمكن تغطية أعداد كبيرة من المواطنين بهذه الوسيلة .

× يمكن تحميل تكاليف البطاقة بالنسبة للفرد على الخدمة الاصلية المقررة له ، بحيث لاتحتاج الى ميزانية كبيرة ، او مشروع خاص ، الا عند البدء بها ، ويغطى المشروع تكاليفه باستمرار المدة .

× أن الفترة الانتقالية ، الى حين تغطية جميع سكان الجمهورية ، أقل من سابقتها .

ويمكن ذلك بالطرق الآتية (احداها أو مجتمعة) :

– استخراج بطاقة صحية لكل مولود حديث عند قيد ميلاده ، وسوف يغطى ذلك حوالى ١.٥ مليون كل عام .

– استخراج بطاقة صحية لكل تلميذ بالمرحلة الأساسية ، وسوف يغطى ذلك حوالى خمسة ملايين .

– استخراج بطاقة صحية لكل مواطن عند حصوله على البطاقة الشخصية اوالعائلية (من السجل المدنى) ، او جعلها شرطا لاستخراج هذه البطاقة من السجل .

– استخراج بطاقات صحية لأفراد القوات المسلحة .

ونظرا لانه من اشتراطات البطاقة الصحية أن تكون بمثابة تحديد صحى لشخصية المواطن ، حيث يحتمل حدوث خطأ أو تكرار بالنسبة لشخصية صاحب البطاقة – لذلك يجب أن تكون مرتبطة بنظام ترقيم سليم يضمن عدم الخطأ أو التكرار .

ولهذا فان من الأوفق ان يرتبط ذلك بنظام الرقم القومى ، والذى ينتظر البدء فى تنفيذه قريبا .

وهذاالنظام سوف يرتبط أساسا بثلاثة اتجاهات :

– عند تسجيل المواليد الجدد ، على أن ينقل قيد المواليد الى مركز رعاية الأمومة والطفولة مع اصدار قرار بذلك ، وتنقل وحدة قيد المواليد بامكاناتها من مكتب الصحة الى مركز رعاية الطفل .

– لتلاميذ المدارس فى المرحلة الأساسية .

– للمواطنين عند استخراج بطاقاتهم الشخصية والعائلية او تجديدها .

وهذا النظام هو المقترح للبطاقة الصحية ولذلك ترتبط به لسهولة الاجراء وتوحيد الفئات المستهدفة .

ولايمنع نظام البطاقة الصحية من الارتباط بأى نظام آخر للخدمة الصحية يراه المواطن اصلح له ، او يرتبط به اصلا بعلاقة وظيفية أو اجتماعية مثل :

× الخدمة المجانية الحكومية ، او العلاج الاقتصادى الحكومى .

× خدمات التأمين الصحى .

× خدمات المؤسسات العلاجية أو الأنشطة العلاجية للقطاع العام .

× خدمات الهيئات الأخرى ، مثل القوات المسلحة .

تصور
لكيفية تنفيذ نظام طبيب العائلة والبطاقة الصحية لكل مواطن

- يفضل تنفيذ هذا النظام بمركز صحى حضرى ووحدة ريفية بكل محافظة من محافظات الجمهورية ، وفى اوائل كل عام ، ليكون نموذجا للتنفيذ فى المحافظة بعد ذلك ، مع الاستفادة بالتجربة التى تمت بنجاح فى بورسعيد .

- فى اوائل العام تدرس كل محافظة توزيع السكان على المراكز الصحية الحضرية الموجودة فعلا أوالمطلوب انشاؤها ، تبعا لعدد السكان ، بحيث يخدم كل مركز من ٦٠٫٠٠٠ الى ٨٠٫٠٠٠ بواقع طبيب لعائلة لكل ١٠٫٠٠٠ من السكان .

- يمكن اتمام تنفيذ هذا النظام فى مدة تتراوح ما بين ٥و١٠ سنوات ، طبقا لطبيعة كل محافظة وعدد سكانها .

- بعد العام الأول ، ينفذ المشروع بالوحدات الريفية والمجموعات الصحية والمراكز الحضرية الموجودة فعلا ، منذ البدء فى تخطيط بناء المراكز الصحية الحضرية التى يحتاجها المشروع .

- يصمم نوعان من البطاقات الصحية أحدهما للذكور والآخر للاناث ، على ان تبدأ البطاقة ببيانات عن مدة الحمل ثم الولادة ثم تطورات كل فترة من العمر (الطفل ، السن المدرسى ، ثم مرحلة الشباب الى نهاية العمر) بحيث يقيد بالبطاقة كل البيانات الصحية لصاحبها ، من أول يوم من الحمل الى ساعة وفاته .

- وتعمل تعديلات بسيطة بالمراكز الصحية الموجودة الآن لتتلاءم مع هذا النظام بحيث تشمل الآتى :

× غرفة لكل طبيب عائلة يخدم فى حدود ١٠٫٠٠٠ مواطن ، بجوارها دولاب حفظ البطاقات بلون مميز وامامها استراحة للمترددين .

× عيادة أوأكثر للأسنان ، حسب التعداد .

× معمل للأمراض المتوطنة .

× معمل باثولوجيا اكلينيكية .

× غرفة لتنظيم الأسرة .

× غرفة للمطبخ التعليمى .

× صيدلية بها عدد كاف من شبابيك صرف الدواء .

× غرفة للاستقبال مع سيارة للاسعاف .

× قسما للولادات الطبيعية .

× سكنا للأطباء وسكنا للمرضات .

× مكاتب للادارة .

- يعمل مع طبيب العائلة الفريق الصحى الخاص ، والذى يتكون من ممرضة ومولدة وزائرة صحية ، وملاحظ صحى أو مراقب صحى ، وعامل وعاملة .

- يتم ربط كل طبيب عائلة بالاخصائيين بكافة الفروع باقرب مستشفى .

- بعد تحديد منطقة عمل المركز الصحى ، يتم تحديد منطقة عمل كل طبيب عائلة ، ويتم حصر السكان ميدانيا بسجلات خاصة تتضمن : اسم الشارع ، رقم المنزل ، رقم الشقة ، ثم أسماء افراد العائلة ، وسن وعمل كل منهم ، ويعطى كل منهم رقما مسلسلا ويسلم بطاقة صغيرة مدونا عليها بياناته ورقمه ، وتميز باللون المحدد .

- يتم عمل بطاقة صحية لكل فرد حسب نوعه ، تحمل رقمه ، وتوضع فى الدولاب فى المكان المخصص لها بحيث يمكن استخراجها فورا ، بناء على رقم البطاقة الموجودة معه عند حضوره لأى سبب .

- يتوقف نجاح المشروع على اختيار مديرى هذه المراكز من المتحمسين للمشروع ، وتدريبهم حتى يمكنهم تدريب وتوجيه الأطباء المخصصين للعائلات والفريق الصحى المتعاون معهم .

النظام المرحلى التطبيقى

الاعتبارات والاجراءات العامة :

عند الاتجاه الى التنفيذ الفعلى لاجراءات نظام البطاقة الصحية ، ينبغى الاهتمام بالاعتبارات والاجراءات الاتية :

– الوصول الى اتفاق حول شكل النماذج الموحدة التى سوف تكون محتويات الملف الصحى ، وكذلك الشكل الموحد البسيط للبطاقة الصحية الشخصية .

– تعريف المواطنين بفائدة البطاقة والملف الصحى ، والدعوة لهما عن طريق وسائل الاعلام الجماهيرية .

– طبع الأعداد اللازمة من هذه الملفات والبطاقات الصحية الجديدة عن طريق هيئة مركزية ، مثل هيئة البريد ، أو هيئة المطابع الأميرية ، حتى تأخذ الصفة الرسمية الموحدة .

– عدم تحميل الدولة أو الأجهزة الصحية وكذلك المواطن بأعباء مالية كبيرة ، اذ يمكن ان تكون لهذه البطاقة والملف قيمة اسمية يدفعها المواطن ، ولا تشكل عبئا ماديا كبيرا عليه ، ويغطى التكلفة الفعلية لطبعها وتوزيعها ، ويمكن فى هذه الحالة أن يقوم المواطن بشرائها من مكاتب البريد ، وتكون ضمن الأوراق اللازمة للحصول على شهادة الميـــلاد ، او عند التقدم للقيد بالمدارس والجامعات أو للعاملين فى الجهات المختلفة .

وفى نفس الوقت يمكن للمواطن الذى يرغب أن تكون لديه نسخة خاصة من ملفه الصحى ، أن يحصل عليها من مكاتب البريد ويستخدمها لدى الجهة الصحية الحكومية أو الخاصة .

– تطابق ترقيم الملف والبطاقة الصحية مع الرقم القومى الموحد ، ولا يمنع ذلك من أن تحمل البطاقة الصحية رقما اضافيا للجهة أو المجتمع الذى ينتمى اليه المواطن .

– تدريب العاملين فى الأجهزة الصحية المختلفة فى كيفية التعامل بهذا الملف الصحى ، بما ييسر الخدمة على كل من الجهة الصحية والمواطن .

– ان تبدأ هذه الاجراءات بعد اقرارها من الآن ، دون انتظار تنفيذ الرقم القومى حتى تكون مستلزمات البطاقة الصحية جاهزة عند بدء تنفيذ نظام الرقم القومى ، وفى هذه الحالة يمكن أن يسير النظامان جنبا الى جنب .

مقترحات محددة :

يجب أن يكون لكل مواطن بطاقة صحية يرتبط رقمها بالرقم القومى غيرالمتكرر ، ويتم حفظها فى وحدة الرعاية الصحية الأولية التى تقدم الخدمة لهذا المواطن .

وحيث ان هذا الوضع الأمثل يصعب تنفيذه حاليا ، اذ لم يتم بعد نظام الرقم القومى للمواطن ، والذى يحتمل ان يبدأ اعتبارا من عام ١٩٨٦ للمواليد الجدد .

فيقترح تطبيق النظام على فئات مختلفة ، يراعى فيها سهولة الحصر وخضوعها لنظام الرقابة الصحية المنتظمة وتشمل :

– المواليد بداية من عام ١٩٨٦ وما بعده : حيث يبدأ تطبيق نظام الرقم القومى لكل مولود ، على ان تحفظ البطاقة فى مركز رعاية الطفل التابع له محل الاقامة ، أو فى الوحدات العلاجية المتكاملة .

– تلاميذ المدارس فى مرحلة التعليم الأساسى : ويبدأ تطبيق النظام اعتبارا من عام : ١٩٨٦ لتلاميذ السنوات ٢/٤/٦

" ١٩٨٧ " "' "' ٢/٤/٦

عام ١٩٨٨ لتلاميذ السنوات ١/٢

عام ١٩٨٩ لتلاميذ السنوات ١

عام ١٩٩٠ لتلاميذ السنوات ١

عام ١٩٩١ لتلاميذ السنوات ١

ومن خلال هذا النظام يكون قد تم تغطية جميع تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسى ، وبعد هذه السنة سوف يلتحق بهذه الحلقة الأطفال المولودون فى عام ١٩٨٦ والذين قد تم عمل بطاقة صحية لهم قبل ذلك ، ويقترح أن تكون من ضمن الأوراق التى يقدمها الطفل عند قبوله للمدرسة – هذه البطاقة الصحية التى تسحب من مركز رعاية

الطفل ، أو الخدمة الصحية الشاملة ، للاحتفاظ بها فى الصحة المدرسية .

– تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسى والمرحلة الثانوية أو مايعادلها :

ويمكن أن يطبق نظام الحلقة الأولى من التعليم الأساسى ذاته ، وذلك على النحو الآتى :

مدارس الحلقة الثانية من التعليم الأساسى ١٩٨٦ السنوات ٧/٩

١٩٨٧ السنة ٨

وبذلك تغطى الحلقة الثانية من التعليم الأساسى ، لأن الطالب الذى يلتحق بالحلقة الثانية عام ١٩٨٧ يكون قد سبق أن استخرج له بطاقة فى الحلقة الأولى ، والتى تنقل معه ، ضمن اوراقه ، الى المدرسة الجديدة :

المدارس الثانوية ١٩٨٦ السنوات ١ / ٣

١٩٨٧ السنة ٢

ويطبق هنا ماسبق بالنسبة للمرحلة الاعدادية من حيث تغطية التلاميذ .

المرحلة الجامعية أو ما يعادلها : ويطبق النظام اعتبارا من :

عام ١٩٨٦ ١/ ٣/ ٥

عام ١٩٨٧ ٣/ ٥

ويطبق هنا ماسبق ذكره فى المرحلة الثانوية من حيث التغطية ، لأن الطالب ، أو الطالبة ، الذى يلتحق بالجامعة عام ١٩٨٧ يكون قد سبق استخراج بطاقة صحية له فى المرحلة السابقة .

– الخاضعين لنظام التأمين الصحى : وهو نظام قائم فعلا ، حيث تحفظ بطاقتهم الصحية فى مستوى خدمة الممارس العام .

– ويقترح أن تختار محافظة تتمتع بارتفاع مستوى الخدمة بها وانتشارها ، بحيث يطبق النظام بها ، بعد حصر عدد المواطنين ، من خلال وحدات الرعاية الصحية الأولية ، وعلى ان يتبع ذلك وجود نظام كامل لتحويل المرضى للمستويات التخصصية المختلفة ورفع مستواها .

وفى اطار نظام تطبيق البطاقة الصحية ينبغى مراعاة ما يأتى :

– يكون عمل البطاقة شاملا لكل فئة يطبق عليها النظام ، على ان يراعى قصر تقديم الخدمة الصحية المجانية من خلال هذه البطاقة وحدها .

– تحفظ البطاقة فى وحدة الرعاية الصحية الأولية ، أو مستوى الممارس العام ، على ان تدون بها كافة البيانات الطبية التى تطرأ على الشخص ، والخدمات التى تقدم له ، سواء فى المستوى الأول أو فى المستويات الأخرى .

– يتم نقل البطاقة الصحية الى الوحدات المقابلة عند تغيير الصفـه (السن قبل المدرسى / السن المدرسى / السن الجامعى / وغيرها) او عند الانتقال من مرحلة الى أخرى .

التوصيات

تضمنت الدراسة المقترحة والتوصيات التفصيلية الخاصة بالبطاقة والملف الصحى ونظم العمل بالمراكز الصحية ، والاجراءات الخاصة بالمنتفعين بالرعاية من خلال البطاقة الصحية ، وفيما يلى عرض التوصيات العامة :

* ضرورة الأخذ بنظام البطاقة الصحية وبدء تطبيقه على ضوء النظام المقترح بهذا التقرير مع النظر فى تطبيقه أولا على طلبة المدارس ، ثم المتعاملين مع هيئة التأمين الصحى .

* البدء فى اعداد مشروعات التشريعات و القرارات اللازمة لتنفيذ النظام .

* البدء فى اعداد خطط تدريب الأفراد اللازمين لتنفيذ النظام .

* التنسيق مع هيئة التأمينات الاجتماعية – حيث بدأت فى اعداد البطاقة التأمينية وذلك تجنبا لتكرار البيانات المطلوبة للبطاقة الصحية .

* تشكيل لجنة دائمة للاشراف على التنفيذ ، وتقييم مراحله اولا بأول على ان يكون لها سلطة اصدار القرارات التنفيذية اللازمة لنجاح هذا النظام .

سياسة مكافحة الأمراض المعدية

البلهارسيا

تتعدد الاثار السلبية الناشئة عن مرض البلهارسيا ولا تقتصر على المجالات الصحية و الاجتماعية ، بل تمتد لتشمل الاقتصاد القومى ، سواء فى صورة نقص فى الانتاجية ، او فى زيادة تكاليف العلاج والمكافحة ، كما ان ما يترتب على المرض من مضاعفات لاحقة ، يعتبر سببا لمزيد من الخسائر التي تتحملها الميزانية الصحية للدولة والاقتصاد القومى . هذا ويعتبر مرض البلهارسيا من أقدم مشكلاتنا الاجتماعية والاقتصادية فى الريف والحضر .

تاريخ البلهارسيا : لعل ارتباط مصر بالبلهارسيا تاريخا واكتشافا وبحثا ، قد صور مصر على انها مصدر المرض فى العالم ، ولكن الدلائل المختلفة تشير الى ان منشأ هذا المرض - فى عصر ماقبل التاريخ بالنسبة لقارة افريقيا - كان فى منطقة البحيرات الكبرى فى أواسط القارة ، ثم انتشرت الطفيليات والقواقع الناقلة له عبر المجارى المائية ، ومن بينها نهر النيل ، الى جميع انحاء افريقيا ، ويضاف الى ذلك أن المرض ينتشر حاليا فى حوالى ٧٢ بلدا تتوزع ما بين افريقيا وآسيا وامريكا اللاتينية .

وربما يرجع الارتباط بين البلهارسيا ومصر الى ثراء تاريخنا المسجل اذ ورد ذكر البول الدموى فى بعض اوراق البردى ، حيث اطلق عليه باللغة المصرية القديمة اسم « عاع » وعزى الى وجود دودة فى الجسم ، كما حددت له وصفات علاجية تضمن بعضها املاح الأنتيمون .

اما فى التاريخ الحديث ، فقد اكتشف العالم الالمانى تيودور بلهارس الدودة المسببة للمرض عام ١٨٥١ ، عندما كان قائما بالتدريس فى كلية طب قصر العينى .

وفى أوائل القرن الحالى قام عالم امريكى يدعى « ليبر » بالتمييز بين نوعى ديدان الهيماتوبيام والمانسوناى كمسببن لنوعين مختلفين من مرض البلهارسيا وقد حقق هذا الكشف العلمى فى اثناء عمله فى مصر عام ١٩١٥ .

وكانت وزارة الصحة المصرية هى أول وزارة صحة فى العالم تنشىء قسما لمكافحة القواقع الناقلة لهذا المرض ، كما كان هذا القسم صاحب أول تجربة لاستئصال القواقع تمت فى الواحة الداخلة ، كما كانت هذه الوزارة أول من استخدام عقار الطراطير المقيىء على نطاق واسع لعلاج هذا المرض .

ومنذ ذلك الوقت اشتهرعلماء مصريون كثيرون فى مجال البحث وتطوير المعلومات عن مرض البلهارسيا ولازالت كتب طب المناطق الحارة تحتشد بنتائج بحوثهم .

أهمية المشكلة فى حقل الصحة العامة

يمثل مرض البلهارسيا المشكلة الصحية الأولى فى مصر ويبرز فى مقدمة مشكلاتها الاجتماعية والاقتصادية .

ولما كانت اكثر الفئات العمرية اصابة بهذا المرض هى فئات السن المدرسى - حيث تزيد معدلات الاصابة عن ٤٠ ٪ ، تصل فى بعض المواقع الى ١٠٠ ٪ - فان ذلك يعنى أن خيرتنا من اجيال المستقبل مهددة أكثر من غيرها فى صحتها وفى انتاجيتها ، ولعل هذا مما يزيد فى حدة المشكلة والحاحها .

العوامل المساعدة على زيادة انتشار المرض : ويأتى فى مقدمتها :

× تحويل رى الحياض الى رى مستديم .

× هجرة مواطنى منطقة القناة الى الريف مما عرض بعضهم للاصابة بالمرض .

× احتمال حدوث تغيير ايكولوجى مساعد على انتشار قواقع الهيموفلاريا .

العوامل المساعدة على مكافحة المرض : ويلخص اهمهـــا فيما يأتى :

انتشار ٢٦٠٠ وحدة صحية فى الريف .

انتشار ١٠٠٠٠ مدرسة فى الريف .

مشروعات مياه الشرب النقية فى الريف .

مشروعات المكافحة التى تقوم بها وزارة الصحة .

تأثير السد العالى : لاشك أن انشاء السد العالى يعتبر من المشروعات ذات الأهمية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ولما كان الحديث قد كثر عن تأثيره على موقف البلهارسيا ، فقد قامت اكاديمية البحث العلمى بالتعاون مع جامعة بوسطن بدراسة التغيرات التى حدثت فى مياه النيل واثرها على تطور حجم مشكلة البلهارسيا ، كما قام باحث امريكى بدراسة هذا الموضوع وانتهى الى ان معدل انتشار البلهارسيا لم يزد نتيجة لبناء السد العالى .

غير ان تاريخ مصر يوضح ارتباط الرى المستديم بزيادة انتشار البلهارسيا ، بدءا من عصر محمد على ، ومنذ انشئت القناطر الخيرية ، وحتى تحويل رى الحياض الى رى مستديم فى منطقة مصر الوسطى وجزء من مصر العليا ، قبل انشاء السد العالى بعشرين عاما .

وطبيعى ان استكمال تحويل مناطق رى الحياض الى رى مستديم بعد انشاء السد العالى ، قد احدث زيادة مماثلة فى تلك المناطق ، كما يحتمل ان تغيير طبيعة المياه وسرعة التيار ونسبة الطمى فى الدلتا ، قد ساهمت فى تغيير ايكولوجية القواقع بحيث اصبحت أكثر مناسبة لقواقع الهيموفلاريا الناقلة للبلهارسيا المانسوناى ، وأقل مناسبة للقواقع الناقلة للبلهارسيا هيماتوبيوم .

وعلى اية حال فينبغى عند احتمالات التصادم بين مشروعات التنمية والصحة العامة ، ان يتم الوصول الى الصيغة المناسبة لتحقيق التقدم مع المحافظة على الصحة .

وهذا هو الأسلوب الذى نفذ – بالنسبة لمشروع الصرف الصحى المغطى – والذى يجب ان يراعى عند قيام اى مشروع ضخم ، بحيث تدرس آثاره على الاوضاع الصحية ، وأن يتضمن المشروع تمويل مشروع موازٍ لمنع اية اثار جانبية .

المسح العلمى لتحديد حجم المشكلة :

لعل أول مسح علمى لتحديد حجم المشكلة فى مصر ، هو البحث الذى قام به العالم الأمريكى سكوت فى عام ١٩٣٥ ، بالتعاون مع وزارة الصحة المصرية . وقد فحص ٤٠٠٠٠ مراطن فى قرى منتشرة فى انحاء البلاد .

– وفى عام ١٩٥٥ كررت وزارة الصحة القياس فى نفس مناطق المسح الذى اجراه سكوت وبلغ حجم العينة ١٢٤٠٠٠ نسمة ، واتضح منه الآتى :

× ان معدل الانتشار بنوعى المرض بلغ ٣٨ ٪ للهيماتوبيوم ، و ٩ ٪ للمانسوناى .

× ان الاصابة بالبلهارسيا هيماتوبيوم فى شمال مصر الوسطى انخفضت من ٥٥ ٪ الى ٤٠ ٪ ، ولكنها ارتفعت فى سوهاج من ٣ ٪ الى ٤٢ ٪ ، نتيجة تحويل رى الحياض الى رى مستديم ، بينما استمر المعدل منخفضا فى مصر العليا ، حيث لم يكن قد حدث تغيير فى نظام الرى .

– بانتشار ٢٦٠٠ وحدة صحية فى الريف ، بشكل منتظم ، اعتبرت البيانات الواردة منها عن معدل الانتشار مقبولة لحين اجراء مسح منظم وكان المعدل فى السبعينات هو ٢٢ ٪ .

– علاوة على التغييرات فى حجم المشكلة نتيجة تغير نظام الرى – وهو امر بدأ منذ انشاء القناطر الخيرية ومشروعات زيادة غلة الأرض عن طريق الرى المستديم – فان هناك تغيرا هاما وخطيرا حدث فى عام ١٩٧٧ ، واصبح حقيقة واقعة فى الدلتا ، وهذا التغير هو فى طبيعة المشكلة اكثرمنه فى حجمها ، فقد لوحظ ارتفاع معدل انتشار البلهارسيا مانسوناى (التى كانت قد انخفضت فى اوائل الخمسينات) بحيث اصبحت ضئيلة ، كما يوضح الجدول التالى الذى استقى من مسح شامل أجرته الوزارة فى محافظات الدلتا بطريقة العينة ، وشمل قرية اختيرت عشوائيا من كل مركز ادارى .

– الى جانب ذلك بدأت قواقع الهيومفلاريا الناقلة للبلهارسيا مانسوناى فى الظهور فى مواقع متفرقة فى الوجه القبلى اعتبارا من عام ١٩٥٢ ، وظهرت أعداد محدودة من الحالات : ١٨ حالة فى اسيوط ، فى السبعينات ، ٢٥ حالة فى بنى سويف فى عام ١٩٨٢ ، وكانت هذه الظاهرة احد العوامل التى دعت وزارة الصحة الى تغطية الوجه القبلى بمشروعات المكافحة كأولوية أولى .

– يوضح الجدول الوارد فى الصفحة ٢٥٧ التغييرات التى طرأت على حجم مشكلة البلهارسيا فى مصر ، حتى عام ١٩٨٤ .

جهود المكافحة

مراحل المكافحة ومشروعاتها :

مرت مكافحة البلهارسيا بعدة مراحل ، تم خلالها تنفيذ مشروعات محددة ، تنوع فيها اساليب الوقاية والعلاج ، وذلك على النحو الآتى :

× مشروع قليوب ١٩٥٣ – ١٩٥٤ : قام على مكافحة القواقع كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع قليوب ١٩٥٣ – ١٩٥٩ :استخدم علاج الطراطير المقيء على نطاق واسع كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع وراق العرب ١٩٥٣ – ١٩٥٩ : استخدم مبيد القواقع المكتشف حديثا اذ ذاك ، وهو (بنتا كلوروفينيات الصوديوم) كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع مصر ٤٩ فى شمال البحيرة ١٩٦١ – ١٩٦٩ : بالتعاون مع الصحة العالمية ، استخدم فيه مبيد القواقع الحديث بايلوسيد كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع شنبارى بالجيزة ١٩٧٠ :استخدم فيه عقار الهايكانثون كحقنه واحدة كمدخل وحيد فى المكافحة .

وقد ثبت فى جميع هذه المشروعات ان المدخل الوحيد ، ايا كان نوعه لم يؤد الى النتيجة المطلوبة .

× مشروع الفيوم ١٩٦٩ : طبق اكثر من مدخل ، فاستخدم عقار الامبلهار كعلاج عن طريق الفم للأطفال وصغار السن ، والطراطير لعلاج من تزيد اعمارهم على عشرين عاما واستخدم مبيد « البايلوسيد » فى مكافحة القواقع على ٣ أو ٤ دورات سنوية وقد ادى هذا المشروع الى نتائج ملفته للنظر ،اذ انخفض معدل الاصابة من ٤٥،٧ ٪ فى عام ١٩٦٨ الى ٦ ٪ فى عام ١٩٧٥ ، غير ان المعدل عاد الى الارتفاع ، حيث اصبح حاليا حوالى ١٥ ٪ ، وقد قامت الوزارة بتحليل اسباب هذه الظاهرة للاستفادة منها فى المشروعات الأخرى ولتصحيح المسار فى هذا المشروع .

استراتيجية المكافحة

دعائم الاستراتيجية :

ان مشكلة البلهارسيا لا تواجه القطاع الصحى وحده ، ولكنها تواجه جميع القطاعات فى مختلف المجالات : الزراعية ، الصناعية ، والتعليمية والبحثية وغيرها ، كما تواجه الشعب كله .

ويقتضى هذا ان تتكاتف جهود الجميع – كل حسب امكاناته واختصاصاته – للسيطرة على هذه المشكلة القومية .

ومن ثم ينبغى ان تقوم الاستراتيجية القومية لمكافحة البلهارسيا على

المحافظة	معدل الانتشار فى المائة		المحافظـــــة	معدل الانتشار فى المائة	
	هيماتوبيوم	مانسوناى		هيماتوبيوم	مانسوناى
الغربية	١٠,٢	٤٢,٩	كفر الشيخ	٤,١	٥٠,٣
القليوبية	٥,٦	٢٨,٤	دمياط	١,٢	٤٧,١
البحيرة	٨,٥	٥٣,١	المنوفية	٥,٤	٢٠,٠
الشرقية	٥,٤	٢٥,٣	الدقهلية	٦,٠	٤٢,٤

التغيرات التى طرأت على حجم مشكلة البلهارسيا فى مصر

المنطقة	المحافظة	دراسة سكوت ١٩٣٥		بيانات وزارة الصحة		بيانات وحدات الصحة الريفية ١٩٧٧	بيانات وزارة الصحة		بيانات ١٩٨٤	
		هيماتوبيام	مانسوناى	هيماتوبيام	مانسوناى		هيماتوبيام	مانسوناى	هيماتوبيام	مانسوناى
	دمياط								٪١,٢	٪٤٧,١
	الدقهلية								٪٦,٠	٪٤٢,٢
	الشرقية								٪٥,٤	٪٢٥,٢
الدلتا	القليوبية								٪٥,٦	٪٢٨,٤
	المنوفية	٪٦٠	٪٢٢	٪٣٨	٪٩	٪٢٢	٪١٦	٪١٢	٪٥,٤	٪٢٠,٠
	الغربية								٪١٠,٢	٪٤٢,٩
	كفر الشيخ								٪٤,١	٪٥٠,٣
	البحيرة								٪٨,٥	٪٥٣,١
	الجيزة						٪٢٢,٦	٪١,٢	(* * *)	
	الفيوم			٪٤٥,٧		٪٨	٪١٥		٪١٢	
مصر الوسطى	بنى سويف	٪٨٠		٪٤٠					٪٦,٠٤	
	المنيا								٪١١,٦	
	شمال اسيوط	٪٤٥		٪٤٠		٪٢٩,٤(**)	٪١٦,٥		٪٧,٣	
	جنوب اسيوط	٪٢٢		٪٤٠					(* * * *)	
	سوهاج	٪٦		٪٤٢ *					٪١٦	
	قنا	٪٦		٪٥			٪٢٦,٣			
	اسوان	٪٦		٪٥						

(*) تأثير ادخال نظام الرى الدائم فى المحافظات المذكورة

(* *) المسح الأساسى لمشروع مصر الوسطى

(* * *) مسح وزارة الصحة لمنطقة الدلتا

(* * *) التقييم المستقل الذى أجراء البنك الدولى عام ١٩٨٤ .

الدعائم الآتية :

× اعطاء اولوية متقدمـــة لمكافحة البلهارسيا كمشكلة قومية .

× مشاركة المجتمع بافراده وهيئاته فى كل عمل يهدف الى السيطرة على هذه المشكلة .

× تضافر كل القطاعات المعنية فى اعمال التخطيط والمكافحة ، كل بحسب امكاناته واختصاصه .

× اعطاء دور رئيسى لشبكة الرعاية الصحية الأولية التى تغطى الريف والحضر ، والتى يمكن بزيادة قدرتها وامكاناتها ان ترتفع كفاءتها فى التوعية وفى التشخيص وفى العلاج ، وفى المتابعة اللاحقـــة .

ولقد روعى فى استراتيجية المكافحة المنفذة حاليا مايأتى :

× تقسيم مصر الى مناطق جغرافية تشمل كل منها بيئات متشابهة فى طبيعتها ومصادر مياهها وطرق الرى المتبعة فيها ، وهى سيناء ومنطقة القنال وشرق وغرب ووسط الدلتا والفيوم ومصر الوسطى ومصر العليا وبحيرة ناصر .

× اعطاء الاولوية للوجه القبلى – عند البدء فى مشروعات المكافحة – للأسباب الآتية :

– تواجد القواقع الناقلة للبلهارسيا مانسوناى وظهور بعض الحالات .

– فى نجاح المكافحة تدعيم لمشروع الفيوم ، حيث تحصل محافظة الفيوم على مياه الرى من بحر يوسف الذى يبدأ من قناطر ديروط كفرع من نهر النيل .

– توافر عقار رخيص للعلاج عن طريق الفم لنوع المرض الوحيد الموجود فى الصعيد (الهيماتوبيوم) .

– سهولة تطبيق استراتيجة المكافحة المتاحة على ضوء خبرة الفيوم فى مناطق الصعيد ، بينما يجب البحث عن استراتيجية أخرى لمواجهة الموقف فى الدلتا .

– بناء خطوط البلهارسيا على الاستراتيجية التى يوضحها الرسم الوارد فى الصفحة التالية ، والتى تشمل استخدام مكافحة القواقع ، واكتشاف المرضى وعلاجهم ، والتثقيف الصحى ، ومشاركة المجتمع ، كمداخل متعددة لمواجهة المشكلة والتركيز على كل مدخل يتفق مع طبيعة ومرحلة المكافحة :

مشروعات المكافحة الحالية

مشروع مكافحة البلهارسيا بمصر الوسطى :

ويبدأ هذا الاقليم من قناطر ديروط شمالا حتى الحدود الجنوبية لمحافظة الجيزة ويقطنه ٤.٥ مليون مواطن يقيمون فى ٢٠ مدينة و ٥٩٣ ، قرية ومساحة الأرض المنزرعة فيه حوالى مليون فدان ، وتبلغ اطوال المجارى المائية التى تخدمها ريا وصرفا ٣٣٤٥٠ كيلو مترا .

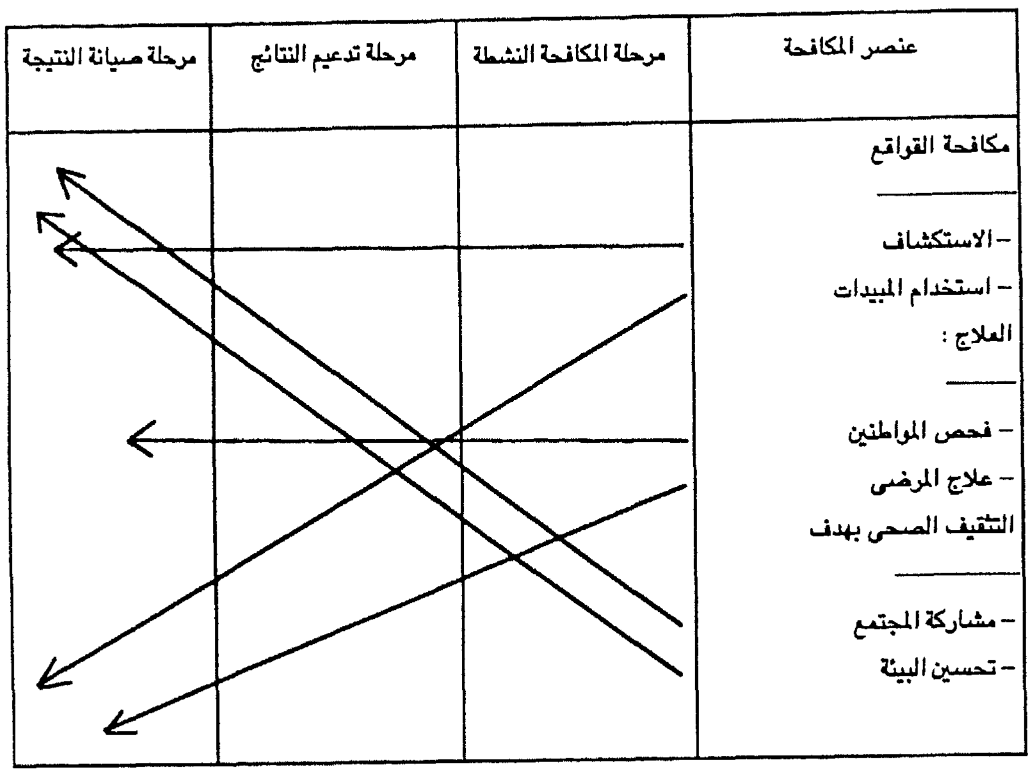
وتتمثل الخدمات الصحية المشتركة فى المكافحة فى ٢٠ مستشفى وفرعا للأمراض المتوطنة ، و ٢١ مجموعة صحية مدرسية ، و ٣٤٧ مجموعة وحدة صحية ريفية و ٢١٥ وحدة لمكافحة القواقع .

وكان معدل انتشار المرض فى ١٩٧٧ ، عندما بدأ المشروع ، هو ٢٩.٥ ٪ ، ثم انخفض الى ٨.٥ ٪ عام ١٩٨٤ طبقا لتقدير فريق من البنك الدولى قام بتقييم المشروع .

مشروع مصر العليا :

ويضم هذا الاقليم – الذى يبدأ من ديروط شمالا الى أسوان جنوبا – ٥.١ مليون يعيشون فى ٢٨ مدينة ، ٦٧٤ قرية ، وتبلغ مساحة الارض المنزرعة ١.١٢ مليون فدان ، وطول المجارى المائية ٦٤٩٥٦ كيلو مترا وتتمثل الخدمات الصحية المشتركة فى المشروع فى ٤٢٧ مجموعة ووحدة صحية ريفية ، و ٢٩ مجموعة ووحدة صحية مدرسية ، و٢٨ مستشفى وفرعا للامراض المتوطنة و ٢٨٤ وحدة مكافحة قواقع .

وعند بدء المشروع فى عام ١٩٨٠ كان معدل انتشار البلهارسيـا ٢٦٪ ، واصبح الآن ١٦ ٪ فقط .


عنصر المكافحة
مرحلة المكافحة النشطة
مرحلة تدعيم النتائج
مرحلة صيانة النتيجة
مكافحة القواقع
– الاستكشاف
– استخدام المبيدات
العلاج :
– فحص المواطنين
– علاج المرضى
التثقيف الصحي بهدف
– مشاركة المجتمع
– تحسين البيئة

مشروع الجيزة :

يبلغ تعداد محافظة الجيزة ٢.٤ مليون مواطن يقيم نصفهم فى مدينة الجيزة ، ويعيش الباقون فى ٦ مدن و١٣١ قرية ، وتبلغ مساحة الارض المنزرعة ٢٣١٨٤٠ فدان ، وجملة اطوال المجارى المائية ٧٣٦٤ كيلو مترا وتتمثل الخدمات الصحية فى ١٠ مستشفيات للأمراض المتوطنة ، و ١٠ مجموعات ووحدات صحية مدرسية ، و١٢٠ مجموعة ووحدة صحية ريفية ، و ٣٧ وحدة مكافحة قواقع .

وعندما بدأ المشروع فى عام ١٩٨٣ كان معدل انتشار البلهارسيا « هيماتوبيوم » ٢٢.٢٦ ٪ ومعدل انتشار البلهارسيا مانسوناى ١.٢ ٪ وهذا النوع الاخير محدود بالمنطقة الشمالية التى تعتبر جزءا من الدلتا ويتضمن المشروع استنباط استراتيجية جديدة تصلح للدلتا فى هذا الجزء من المحافظة .

مشروع غرب النوبارية :

ويرتبط هذا المشروع بمنطقة الاصلاح الزراعى فى غرب النوبارية ، ويتضمن حصر وفحص الفلاحين قبل توطينهم فى المنطقة التى تبلغ مساحتها ٢٠٠.٠٠٠ فدان الى جانب جهود العلاج والمكافحة فى المنطقة ذاتها .

مشروع قناة السويس :

ويشمل محافظات السويس والاسماعيلية وبورسعيد ودمياط ، ومركز المنزلة من الدقهلية ، ومركزى الحسنية وفاقوس من الشرقية ، وهو فى مرحلته التحضيرية ويبدأ العمل به فى أول عام ١٩٨٦ .

بحيرة ناصر :

بدأ الاهتمام ببحيرتى ناصر وفولتا عند انشاء السدين الكبيرين فى المنطقتين ، وتكون بحيرة صناعية خلف كل منهما .

وعلى حين لم تظهر مشكلة البلهارسيا بشكل واضح فى بحيرة ناصر الا ان منطقة بحيرة فولتا بلغت نسبة الاصابة فيها ٩٠ ٪ من السكان ، ولذلك ترتكز مشروع الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية الخاص بالبحيرتين فى انشطة تمت فى غانا .

وبعد مرور عدة سنوات على بدء مشروع بحيرة فولتا بحيرة اقترح نقل مركز الاهتمام الى بحيرة ناصر ، على اساس ان مشروع بحيرة فولتا قد قدم اسلوبا لمكافحة البلهارسيا التى تنشأ فى بحيرة صناعية ، ويمكن ان يستنبط من مشروع بحيرة ناصر استراتيجية وقائية ، وتكون ذات فائدة لمصر وللدول الأخرى التى تنشيء سدودا مماثلة .

وحتى الان لازال حجم المشكلة ضئيلا فى منطقة بحيرة ناصر ، ولكن مشروعات التوطين والتعمير قد تضاعف من حجم المشكلة ولذلك ، فان الموقف يستدعى التحرك السريع ، وقد وافقت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الامم المتحدة للتنمية على بدء مشروع للمكافحة ، فى عام ١٩٨٦ ، كما تنشىء وزارة الصحة فى الوقت الحاضر مركزا لبحوث البلهارسيا على البحيرة ليكون مقرا لهذا المشروع .

وتجرى حاليا اجراءات تستهدف مجتمع الصيادين الذين يعيشون فى البحيرة حيث يتم فحصهم وعلاجهم قبل السماح لهم بالصيد بل قبل مغادرتهم قراهم الأصلية فى محافظات اخرى كما تجرى دراسة لتنظيم برنامج للرعاية الصحية الأولية لهؤلاء ، يعتمد على تدريب افراد منهم فى المراكب الأم ، لتقديم بعض الاسعافات ومتابعة علاج من يحتاج منهم لذلك .

مشروعات المكافحة فى الدلتا :

لازالت الدلتا هى المنطقة الى لاتغطيها مشروعات مكافحة البلهارسيا ، وقد تم اعداد مشروع لهذا الغرض ، بناء على طلب مؤسسة تيودور بلهارز الالمانية وموافقة وزارة الصحة العالمية وينتظر ان يمول الجانب الالمانى هذا المشروع .

ويغطى مشروع الدلتا المقترح محافظات : كفر الشيخ والغربية والمنوفية ، وجزءا من محافظة الدقهلية ، حيث اخذ فى الاعتبار مشروعات المكافحة التى تنفذها وزارة الصحة العالمية بالتعاون مع بنك التنمية الافريقى فى شرق الدلتا ، والتى تغطى محافظات : دمياط

وبورسعيد و الاسماعيلية والسويس وتمثل جدارا واقيا يحمى سيناء كما يشمل المشروع جزءا من محافظة الشرقية وينتظر ان يمتد لتغطية كل شرق الدلتا .

كذلك اخذ فى الاعتبار المشروع الذى تنفذه منظمة الامم المتحدة للأطفال بالتعاون مع وزارة الصحة ومحافظة البحيرة ،والذى يقوم على التعاون مع وحدات الحكم المحلى ، ويركز على استخدام فرق متنقلة تقوم بفحص وعلاج التلاميذ فى مدارسهم وينفذ هذا المشروع حاليا فى مركزى « أبو المطامير » و « ابو حمص » ويؤمل ان يمتد ليغطى محافظة البحيرة .

وقد روعى فى المشروع الجديد للدلتا الاستفادة من خبرة هذه المشروعات وتبنى فكرة الفرق المتنقلة للتغطية الكاملة لتلاميذ المدارس ، كما تضمن استنباط اسلوب جديد لمكافحة القواقع يعتمد على تحديد المجارى المائية التى تؤثر على انتشار المرض وتركيز مكافحة القواقع فيها ، مما يوفر وتكاليف المبيدات الكيميائية .

تمويل مشروعات المكافحة :

تتطلب مشروعات مكافحة البلهارسيا تكاليف باهظة ، اذ تبلغ قيمة الطن الواحد من مبيدات القواقع حاليا ١٨ الف دولار ،وتبلغ قيمة علاج المريض دولارين ، بالسعر المخفض الذى تحصل عليه وزارة الصحة من الشركة المنتجة

وغنى عن البيان ان تكلفة هذه المشروعات يصعب تدبيرها الا بتوفير اعتمادات اضافية لميزانية وزارة الصحة ، حتى يمكن دعم ميزانيتها المحدودة .

وعند بدء مشروع مصر الوسطى حققت الوزارة انجازا كبيرا فتح مجالا جديدا على المستوى العالمى لتمويل مثل هذه المشروعات ، ذلك ان وزارة القوى كانت تنفذ فى منطقة مصر الوسطى مشروعا للصرف المغطى ، حصلت من أجل تنفيذه على قرض قدره ٦٠ مليون دولار بشروط ميسرة ، ولما كان المشروع يستدعى تعميق وتوسيع ٧٧٥ كيلو مترا من المصارف القائمة وحفر ٨٦٥ مصرفا جديدا مما يؤدى الى زيادة انتشار البلهارسيا فى المنطقة ، ويؤثر على العائد من المشروع فقد تقدمت وزارة الصحة الى وزارة الرى والبنك الدولى الممول للمشروع بوجهة نظرها واقترحت اضافة ١٠ ٪ من تكاليف المشروع لمواجهة أثاره الجانبية الضارة بالصحة .

وقد وافق البنك الدولى على وجهة نظر الوزارة وقدم قرضا ميسرا قيمته ٥ . ٥ مليون دولار لبدء المشروع . زيدت بعد ذلك الى ٥ . ١٢ مليون دولار ، ثم زاد اهتمام البنك الدولى على ضوء نجاح المشروع فمول مشروع مصر العليا ثم مشروع الجيزة وغرب النوبارية ، بالاشتراك مع بنك التنمية الافريقى ، وبعد ذلك قام بنك التنمية الافريقى بتمويل مشروع قناة السويس .

وهكذا أمكن توفير تمويل يزيد على ستين مليونا من الجنيهات لهذه المشروعات ، والتى تغطى كلا من : الصعيد ومنطقة القناة ودمياط وأجزاء من الدقهلية والشرقية ومنطقة غرب النوبارية .

تطور تكنولوجيا المكافحة

فى مجال التشخيص :

لم يعد المطلوب فقط هومعرفة وجود الاصابة اوعدمها ، بل اصبح لازما ان تحدد شدة الاصابة ، ويتم ذلك بوسائل التشخيص التى تحدد عدد بويضات البلهارسيا ، حيث ان التاثيرات المرضية ترجع الى كمية البويضات التى تفرز فى الجسم .

ويطبق هذا الاسلوب حاليا فى مصر من خلال المسح الصحى ، مثل المسح الذى أجرى فى الدلتا فى عام ١٩٨٣ ، وفى عمليات التقييم التى شكلت لها فرق على مستوى كل محافظة تتولى تقييم التطور الوبائى للمرض فى ثلاث قرى من كل مركز ادارى .

كما روعى فى مشروع الدلتا ، الذى تم اعداده ان يعمم اسلوبه فى جميع الوحدات

فى مجال العلاج :

بعد ان استمرت حقن الطراطير هى العلاج الامثل والوحيد على مدى سنين طويلة ، تم اكتشاف ادوية اخرى ثبت فاعلية بعضها ، ولم

يستقر استخدام البعض الآخر بسبب الاغراض الجانبية التى تنشأ عن استخدامه ، وفيما يلى عرض لهذه الادوية :

– عقار « الاميلهار » ويعطى عن طريق الفم ، ويصلح لعلاج جميع انواع البلهارسيا ولكن نشرت مؤخرا تقارير تشير الى احتمال احداثات سرطانية نتيجة تعاطيه مما ادى الى وقف استخدامه .

– عقار الاوكسامنيكوين ويعطى عن طريق الفم يقتصر تأثيره على البلهارسيا المانسوناى وليس له أغراض جانبيه ولكنه غالى الثمن .

– عقار الهايكانثون « ويعطى عن طريق الحقن مرة واحدة ، وقد يتكرر بعد تسعة شهور ، ولكن له تأثيرات سيئة على الكبد .

– عقار « الميتروفونيت » وهو رخيص الثمن ، ويعطى عن طريق الفم ويقتصر تأثيرة على البلهارسيا الهيماتوبيوم ، وهو المستخدم فى مشروعات الوجه القبلى

–عقار البرازيكوانتيل ويعطى عن طريق الفم ، ويؤثر على جميع أنواع البلهارسيا وهو غالى الثمن ، ولكن امكن – عن طريق الصحة العالمية – تخفيض الثمن للوزارة .

فى مجال مكافحة القواقع :

لازال افضل مبيد كيماوى حاليا هو مبيد البايلوسيد برغم ارتفاع ثمنه ، ويمكن التغلب على ذلك بتطوير اسلوب المكافحة بحيث تقل كمية المبيد اللازمة بتركيز استخدامه فى الترع والمصارف التى تتركز فيها العدوى .

وقد تزايد الاهتمام مؤخرا بالمبيدات ذات الاصل النباتى ، واهمها مبيد الاندود وهو نبات حبشى ، له ثمر يشبه التوت ، يحتوى على مادة السابونين .

وقد أجريت دراسات على نبات مصرى هو الدمسيسة ووجدت باوراقه وزهوره عناصر قاتلة للقواقع وكان من الممكن توجيه الفلاحين الى زراعته على شواطىء المجارى المائية ، ولكن ثبت حاجته الى اتمام غمره فى الماء ، ويستدعى الانتفاع به أن يزرع بالطريقة الملائمة ثم يجمع ويجفف ، ويتم توزيعه بعد ذلك مما يرفع التكاليف ، كما أن فاعليته تعتمد على وجوده بتركيزات عالية ، ولازال الأمر موضع تجارب تشجعها وزارة الصحة وتساهم فى تقييمها .

هذا وقد أظهرت الابحاث الأخيرة ان عدد حالات بلهارسيا الكبد الخالصة قليل نسبيا بينما حالات اصابة الكبد بالفيروس وحده أو بالاشتراك مع البلهارسيا تفوق بكثير حالات البلهارسيا الخالصة .

كما اثبتت هذه الأبحاث أيضا أن المضاعفات الخطيرة القاتلة مثل نزيف الدوالى والاستسقاء أكثر حدوثا فى الحالة الأخيرة ، الأمر الذى يتضح منه الدور الكبير الذى يقوم به الفيروس فى اصابات الكبد ، وحده او بالاشتراك مع البلهارسيا ، ولقد توجت الأبحاث العالمية أخيرا بتجهيز « طعم » يقى من اصابات الكبد بالفيروس وثبت ان له اثرا حاسما فى وقاية المواطنين من هذه الاصابات .

الخلاصة : يلخص هذا التقرير فى النقاط الأساسية الآتية :

– ان معدل انتشار البلهارسيا هيماتوبيوم (البولية) قد انخفض من ٦٠ ٪ فى ١٩٣٥ الى حوالى ١٠ ٪ على مستوى الجمهورية فى عام ١٩٨٤ ، مع مراعاة ان تقدير معدل الانتشار قد تم باسلوب العينة الممثلة فى هذين التاريخين .

– ان خطورة البلهارسيا البولية تكمن فى علاقتها الوثيقة بسرطان المثانة ، ومعنى ذلك انه يمكن فى المستقبل ان تقل هذه الحالات نتيجة انخفاض معدل انتشار البلهارسيا البولية .

– ان معدل انتشار البلهارسيا مانسوناى (المعوية) قد انخفض في عام ١٩٥٥ الى ٩ ٪ ، بعد أن كان فى عام ١٩٣٥ – ٣٢ ٪ ، غير انه ارتفع فى النصف الثانى من السبعينات ، بحيث اصبح معدل الانتشار فى الدلتا متراوحا بين ٢٠ ٪ و ٥٩ ٪ مما يؤدى الى مضاعفات هذا النوع من المرض وتأثيره على الكبد .

– ان أعلى معدل انتشار وأعلى شدة اصابة تقع فى فئة العمر من ٦–١٤ أى ان المعدل فى هذه الفئة أعلى بكثير من المعدل العام فى

السكان ، وان هذه الفئة تعادل السن المدرسى ويقع اكثر من نصفها ضمن طلبة المدارس الابتدائية .

– انه مع انخفاض انتشار البلهارسيا البولية – حتى اصبحت جملة الاصابات بنوعى البلهارسيا أقل مما كانت فى الخمسينات – الا أن البلهارسيا لازالت مشكلة صحية ذات أولوية أولى فى مصر .

– ان مكافحة البلهارسيا ينبغى الا تقتصر على الالتهابات البولية والمعوية بل يجب ان تمتد لتشمل تأثير المرض على الكبد (بلهارسيا فيروس) والذى يحول البلهارسيا العادية الى مرض ذى خطر مدمر صحيا واجتماعيا .

– لدينا استراتيجية لمكافحة البلهارسيا فى جميع قطاعات الجمهورية وخطط معدة لكل منطقة ، ولكن تحتاج لتدخل مجال التنفيذ ، الى تدبير مقوماتها ، وفى مقدمتها مصادر التمويل الحكومية والشعبية والدولية .

– اعطيت الاولوية لمكافحة البلهارسيا فى الوجه القبلى ، نظرا لتحويل رى الحياض الى رى مستديم ، والملاحظ ظهور القواقع الناقلة للبهارسيا مانسوناى (المعوية) فى مجارى المياه بالوجه القبلى .

– انه قد أمكن الحصول على تمويل بقروض ميسرة من البنك الدولى وبنك التنمية الافريقى لتغطية جميع مشروعات : الوجه القبلى ، ومحافظات قناة السويس ومحافظة دمياط ، وأحد مراكز الدقهلية (المنزلة) ، ومركزين من محافظة الشرقية .

– ان اكتشاف عقار قادر على شفاء البلهارسيا بجرعة واحدة عن طريق الفم قد طور استراتيجية المكافحة ، بحيث اصبح ممكنا الاعتماد على فحوص المواطنين وعلاج المرض كسلاح رئيسى فى المكافحة ، مع دعم ذلك بجهود محددة فى مكافحة القواقع الناقلة للبلهارسيا ، بحيث يوجه ذلك الى مناطق تعرض المواطنين للعدوى .

– ان الهدف من مكافحة البلهارسيا ليس استئصال المرض تماما ، لاتفاق العلماء والمتخصصين على استحالة ذلك فى الوقت الحاضر على الاقل ، ولكن المستهدف هو ما يأتى :

× الاقلال من حجم المشكلة ، بحيث لاتصبح المشكلة الصحية الأولى ، وبحيث يكون المعدل العام باقل من ١٠ ٪ .

× الاقلال من التأثير المرضى للعدوى بالبلهارسيا والمضاعفات الناتجة عنه .

– ان ارتفاع وعى المواطنين ومشاركتهم فى مكافحة المرض ، هو السلاح الرئيسى الذى يتضمن تحقيق النجاح ودوامه .

التوصيات

وعلى ضوء هذا التقرير ، ومادار حوله فى من مناقشات وما عرض من آراء واتجاهات يوصى بما يأتى :

فى السياسة العامة :

* اعطاء اولوية متقدمة لمشكلة البلهارسيا ، بحيث تعتبر مكافحتها مهمة قومية لما لهذا المرض من آثار سلبية على الحياة الاجتماعية الاقتصادية للبلاد وعلى معدلات التنمية فى الحاضر والمستقبل .

* يعتبر هدف السياسة العامة هو السيطرة على المرض ، بحيث تقل معدلات الاصابة العامة عن ٥ ٪ بحلول عام ٢٠٠٠ وذلك يتطلب توجيه الجهود نحو المكافحة فى المناطق والفئات العمرية ذات معدلات الاصابة المرتفعة .

* تنظيم حملة قومية للمكافحة يشارك فيها المجتمع – أفرادا وجماعات – فى كل انحاء الجمهورية بهدف السيطرة على هذه المشكلة وبحيث تركز جهود كل القطاعات المعنية فى أعمال التخطيط والمكافحة كل بحسب امكاناته واختصاصه .

* يسند دور رئيسى لشبكة الرعاية الصحية الأولية التى تغطى الريف والحضر ، والتى يمكن – بزيادة قدراتها وامكاناتها – ان ترتفع كفاءتها ، سواء فى التوجيه أو فى التشخيص او فى العلاج أو فى المتابعة اللاحقة .

* تنشأ لجنة قومية عليا لمكافحة البلهارسيا ، تتولى المهام

الاشرافية والتنسيقية مع انشاء لجان اقليمية برئاسة المحافظين تضم ممثلين لكل القطاعات المعنية ، وتتولى فى اطار السياسة تقييم ابعاد المشكلة محليا ، ومتابعة تنفيذ الخطط الموضوعة ، واشراك المجتمع المحلى فى كافة الأنشطة ذات الصلة بمشكلة البلهارسيا ، ثم متابعة الموقف للبلهارسيا عاما بعد عام .

فى الأجهزة والقطاعات المعنية :

* تشترك الجامعات المصرية – كل فى نطاقه الجغرافى – مع أجهزة وزارة الصحة الاقليمية وغيرها من الجهات المعنية فى تقدير حجم المشكلة فى المحافظات ، وفى مكافحتها كواجب قومى

* يكون لوزارة التربية دور فعال فى اتخاذ الاجراءات الكفيلة بمواجهة المشكلة بالنسبة لطلبة المدارس ، ليس فقط بالمعاونة فى اكتشاف المرضى ومعالجتهم ولكن أيضا بتوعيتهم وتعريفهم باساليب الوقاية من الاصابة بالبلهارسيا مع محاولة الوصول ، عن طريقهم ، الى توعية وعلاج أسرهم ، نظرا لأن سن انتشار هذا المرض هو السن المدرسى ، من ٥ سنوات الى ١٥ سنة .

* يكون للقوات المسلحة دور رئيسى ، يشمل – الى جانب اكتشاف المرضى من المجندين وعلاجهم – تثقيف المجندين بشأن الجوانب المختلفة لمشكلة البلهارسيا ، حتى يصبحوا أداة تغيير وتوعية فى البيئة التى سيعودون اليها بعد انتهاء خدمتهم العسكرية .

* يتم التنسيق والتعاون الفعال بين مختلف مراكز البحوث المعنية ، ودعمها ماليا وفنيا ، مع الربط بينها وبين المراكز المماثلة فى الخارج ، والعمل على تكوين جيل من الباحثين المتخصصين فى مشكلة البلهارسيا .

* تهتم المشروعات الانمائية الكبيرة – وخصوصا مشروعات استغلال المياه بمشكلة البلهارسيا ، وذلك عن طريق :

× أن تشمل دراسات الجدوى لكل مشروع انمائى جديد قسما خاصا بالآثار الجانبية للمشروع من الناحية البيئية والصحية .

× أن تتضمن ميزانيات هذه المشروعات الاعتمادات اللازمة لاتقاء مشكلات الاثار الجانبية او مواجهتها .

فى التعاون الدولى والمتابعة :

* الاهتمام بالتعاون الدولى الثنائى فى المجالات الخاصة بمشكلات البلهارسيا بما يتيح تبادل الخبرات ، والانتفاع بالامكانات المشتركة فنيا وبحثيا وماديا ، وخاصة مع الدول التى تشكل البلهارسيا فيها مشكلة صحية مؤثرة .

* تنمية التعاون مع المنظمات الدولية ذات الصلة مثل : البنك الدولى ، ومنظمة الصحة العالمية ، و اليونسيف ، ومنظمة الأمم المتحدة للبيئة ، وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية وغيرها ، بهدف تبادل المعلومات واتاحة المكانات الفنية والمادية .

× عقد مؤتمر قومى دورى البلهارسيا ، كل ثلاث سنوات ، بحيث يتحقق من خلاله ما يأتى :

- متابعة تقييم الموقف حاليا .
- استعراض آخر ما توصل اليه النشاط العلمى محليا وعالميا .
- مراجعة خطط العمل المنفذة .
- الاتفاق على ما ينبغى عمله فى المرحلة التالية .

فى اجراءات المكافحة :

* تطبيق عدة مداخل للمكافحة فى وقت واحد ، كابادة القواقع وعلاج المرض واصحاح البيئة ، مع توخى المرونة فى انتقاء المداخل المناسبة وفقا للظروف السائدة فى كل حالة .

على ان تمتد المكافحة لتشمل مدى تاثير البلهارسيا علــى الكبـــد (بلهارسيا + فيروس) حيث تتحول البلهارسيا العادية الى مرض ذى خطر مدمر ، صحيا واجتماعيا .

* تركيز الجهود على فحص ومعالجة اطفال السن المدرسى ، سواء اكانوا ملتحقين او غير ملتحقين بالمدارس وتتعاون جميع التعاون التابعة لوزارة الصحة وغيرها فى الريف والحضر ، فى اجراء الفحوص المعملية اللازمة وتقديم العلاج المناسب ومتابعة المرضى مع التعاون الكامل من

المدارس فى هذا المجال .

* تعزيز الوحدات المعنية بمكافحة البلهارسيا فنيا وماديا وبشريا ، وذلك بتوفير القوى العاملة المدرسية ، والمبيدات والعقاقير والتجهيزات اللازمة وتوفير الحوافز لحفز العاملين كالمنح والبعثات للأطباء والفئات المعاونة .

* دراسة امكانات انتاج المبيدات والعقاقير اللازمة محليا ، وبحث احتمالات استخدام النباتات الطبية المتوافرة فى البيئة المصرية فى اعمال المكافحة وذلك بتوفير المواد اللازمة واقتصادا فى النفقات .

* اعطاء اولوية للحصول على طعم فاكسين للحد من انتشار اصابات الكبد من الفيروس والتخفيف من آثارها الصحية الخطيرة ، وذلك بالعمل على نفقات تكنولوجيا هذا الطعم وتصنيعه محليا - اذا ما تعذر استيراده للحاجة الى العملة الصعبة - بعد ان تثبت فاعليته .

تعميم طرق فحص البول والبراز الحديثة التى ثبت عالميا انهاتعطى نتائج دقيقة . والاهتمام باستخدام هذه الطرق فى جميع الوحدات العاملة فى هذا المجال .

* تعزيز مراكز البحوث القائمة - مثل معهد تيودر بلهارس ، ومعهد بحوث طب المناطق الحارة ، واكاديمية البحث العلمى ، و الأقسام المعنية بكليات الطب - فنيا وماديا والعمل على سرعة اقامة مركز بحوث البلهارسيا الذى ينشا الآن على بحيرة السد العالى ، وتشجيع اعمال البحث حول ايكولوجية القواقع وطرق مكافحتها ، وحول علاج المرض وأفضل العقاقير المناسبة للمريض المصرى .

* عند الوصول الى معدل ١٠ ٪ الموصى به ، فى اى منطقة جغرافية معينة يجب الاستمرار فى اتخاذ اجراءات صيانة النتائج عند هذا الحد ، بما فى ذلك تدبير مراقبة البيئة والقواقع وفحص عينات مناسبة من السكان وذلك حتى لاتعود المعدلات الى الارتفاع من جديد .

* لما كانت دراسات الفاقد الاقتصادى الناتج عن مرض البلهارسيا لم تتوصل الى تحديد قيمة الفاقد على مستوى عالى وانما تراوحت بين ١٥ ٪ و ٢٥ ٪ من الناتج القومى وذلك وفقا لاختلاف المعايير المستعملة فى الدراسات المختلفة ، فمن المرغوب فيه ان تجرى دراسة دقيقة للجانب الاقتصادى لمشكلة البلهارسيا فى مصر من اجل تقدير حجم الخسائر ، وبالتالى مقدار العائد الاقتصادى الذى سيتحقق نتيجة للسيطرة على المرض وخفض معدلات انتشاره .

* حتى تنجح الحملة القومية ضد البلهارسيا فى تحقيق أهدافها لابد ان يتوفر التمويل الكافى وينبغى اتخاذ كافة التدابير التى تحقق ذلك من مختلف المصادر الحكومية والشعبية والدولية .

* اتخاذ الاجراءات اللازمة لتحسين البيئة وخصوصا فى الريف وذلك بتوجيه الجهود مركزيا واقليميا فى هذا الاتجاه لما للبيئة من أثر جوهرى على معدلات انتشار المرض .

فى الإعلام والتوعية :

* العمل بمختلف الوسائل على توجيه المواطنين الى السلوك الصحى السليم وذلك على محورين :

- عدم تلويث مياه الترع والمصارف بأى نوع من أنواع المخلفات والفضلات .

- التوجيه الى الاستفادة من شبكة الخدمات الصحية المتوافرة ، لحصول المواطن على العلاج مما يؤدى الى الاقلال من حدوث المضاعفات .

* ان تتضافر جهود الهيئات الآتية فى توعية الرأى العام وتثقيفه وتحذيره :

- وزارة الاعلام بمختلف اجهزتها وخاصة الاذاعة والتليفزيون مع النظر فى ان يكون الاعلام - فى كل ما يتصل بالبلهارسيا - مجانيا ، كنوع من الخدمة القومية .

- وسائل الاعلام الجماهيرى ولا سيما الصحافة ، لما لها من أثر جوهرى فى توجيه الرأى العام .

- أجهزة التوعية الدينية ودور العبادة لما لها من أثر فعال بين

المواطنين . العاملين فى مجالات الخدمات والشئون الصحية ، باعتبارهـم مصدرا مباشرا للمعلومات ، وخاصة بالنسبة للمواطنين فى القرى .

الملاريا

يعتبر مرض الملاريا من بين الامراض التى عرفت بمصر فى العصور القديمة ، أما فى العصور الحديثة ، فقد وجدت تقارير ، منذ القرن الخامس عشر ، عن حالات للملاريا ظهرت فى انحاء متفرقة من البلاد .

وفى سنة ١٩٠٠ ، قدر أن حوالى ثلث سكان منطقة قناة السويس يعانون من هذا المرض وقد اكتسح وباء الملاريا جنوب مصر عام ١٩٤٢ ، نتيجة لغزو بعوض الجامبيا الوافد من السودان ، اذ تسبب فى حدوث ١٣٠٠٠٠ حالة وفاة ، غير ان حملة المكافحة التى نظمت حينذاك تمكنت من استئصال بعوض الجامبيا ، ومن ثم قضى على الوباء تماما ، عام ١٩٤٥ ، وقد عاودت هذه البعوضه غزوها لمصرعام ١٩٥٠ ، حيث امكن القضاء عليها مرة ثانية ، فى فترة وجيزة ، دون ان تسبب وباء .

الوضع الحالى لمرض الملاريا بمصر

يتسم مرض الملاريا ، فى مصر بحالته غيرالمستقرة ، فمنذ بعض سنوات ظهرت تفشيات لهذا المرض فى اماكن مختلفة ، ترجع اساسا لتغير الظروف المناخية التى تؤدى الى زيادة ملحوظة فى كثافة واعداد نواقل المرض الحشرية ، وذلك على نحو ما حدث خلال الفترات : ١٩٦٠/٥٨ ، ١٩٧٢/٧٠ ، ١٩٨٣/٨١ .

ويظهر من تتبع معدلات الاصابة بهذا المرض فى مصر ، منذ عام ١٩٤٠ وحتى عام ١٩٨٣ ان معدل الاصابة بالملاريا فى نقص مستمر . غير أن عوامل البيئة المهيئة لتوالد البعوض الناقل للملاريا ، تشير الى احتمال تعرض معظم المحافظات للاصابة بهذا المرض .

ومن خلال الدراسات التى تم نشرها خلال الاعوام ١٩٧٨ الى ١٩٨٤ ، والمتعلقة بنتائج المسح الطفيلى لهذا المرض فى محافظات الفيوم وسيوه وأسوان ، بالاضافة الى دراسة تقارير وزارة الصحة خلال السنوات ١٩٨١ ، ١٩٨٢ ، ١٩٨٣ يمكن استخلاص ما يلى :

– ان المرض موجود بمعدلات مختلفة فى بعض محافظات الجمهورية وتخلو منه بعض المحافظات القليلة .

– ان أعلى معدلات الاصابة بالمرض بين السكان توجد فى محافظات كفر الشيخ والقليوبية والجيزة والفيوم ، وقد لوحظ فى قرية ابهيت مركز سنورس بمحافظة الفيوم ، أن المرض موجود بمعدلات مرتفعة وبصورة مستمرة .

– انه يوجد نوعان من طفيلى الملاريا هما : بلازموديوم فيفاكس ويسبب الملاريا الحميدة ، ولازموديوم لفالسيبوم ويسبب الملاريا الخبيثة .

ولا توجد اى شواهد على وجود اية انواع أخرى من الطفيليات التى كانت موجودة بمصر فى بعض الأوقات ، مثل بلازموديوم مالارى الذى يسبب الملاريا الرباعية ، وبلازموديوم اوفالى المسبب لمرض الملاريا اوفالى .

– ان جميع حالات الملاريا المسجلة بالمحافظات المختلفة هى من النوع الحميد ، الا فى محافظة الفيوم فان حالات الملاريا ترجع الى كلا النوعين من الطفيلى (الفيفاكس والفالسيوم) .

النواقل الحشرية للمرض وتوزيعاتها :

من المعروف ان مرض الملاريا ينتقل الى الانسان عن طريق لدغ بعوض الانوفيلس له . ومن نتائج الدراسات التى تمت أمكن حصر وتحديد ١٢ نوعا من نوع الانوفيلس بمصر ، بينها نوعان فقط هما المسئولان عن نقل المرض وهما :

انوفيلس فرعونى وهو الأكثر انتشارا ، حيث يوجد غالبا بجميع أنحاء البلاد ، ما عدا واحة سيوة . ويعتبر الناقل الرئيسى للملاريا بمصر ، بالرغم من كفاءته المحدودة فى نقل المرض .

انوفيلس سرجنتى : وهو أقل انتشارا عن النوع السابق ، حيث يمكن اعتباره من الأنواع الصحراوية ، وينتشر حاليا بالفيوم والواحات

وسيناء وهو اكثركفاءة فى نقل المرض .

وقد بينت الدراسات التى تمت فى الفيوم ان هناك ارتباطا بين توزيع نواقل الملاريا وبين أنواع الملاريا . حيث وجد ان حالات الملاريا الخبيثة تنتشر فى الاماكن التى توجد بها الأنوفيلس السرجنتى اما الملاريا الحميدة فتوجد بالأماكن التى يوجد بهاأى نوع من النوعين من البعوض (الفرعونى اوالسرجنتى) .

خطة مكافحة الملاريا :

تنفذ الخطة القومية لمكافحة الملاريا أساسا من خلال وحدات الملاريا الرئيسية والفرعية المنتشرة بجميع انحاء الجمهورية وتشرف عليها فنيا الادارة العامة للملاريا والفيلاريا بوزارة الصحة بالقاهرة ،اما من الناحية الادارية فانها تتبع مديريات الشئون الصحية بالمحافظات المعنية .

ويتبع ادارة الملاريا ١٠٣ وحدة رئيسية ، ٢٠٠ وحدة فرعية وهى موزعة على المراكز المختلفة بالجمهورية .

البحوث والدراسات الخاصة بالملاريا :

تقوم معاهد البحوث التابعة لوزارة الصحة ، ومراكز البحوث بكليات الطب ، بدراسات معملية وحقلية مجموعة من الأهداف فى مقدمتها :

- تطوير وسائل التشخيص باستخدام الطرق المعملية الحديثة .
- دراسة مفصلة عن أنواع النواقل ، على ضوء ما حدث من تغيرات طرأت على البيئة المصرية حتى يمكن اعداد خطة متكاملة لمكافحة النواقل ، آخذين فى الحسبان مختلف طرق المكافحة مثل الرش الجوى بالطائرات والوسائل البيولوجية .
- مدى التأثر بفاعلية المبيدات الحشرية المستعملة لأسباب صحية وزراعية .
- دراسة ديناميكانيكية نقل عدوى الملاريا ودرجة توطن المرض ومعرفة موسم الملاريا وموسم نقل العدوى ، بهدف وضع خطة متكاملة لمكافحة العدوى .

الاحتمالات المستقبلية :

من نتائج الدراسات المتعددة ، يمكن القول بأن هناك بعض المناطق بمصر جديرة بالاهتمام ، لما لها من طبيعة خاصة يمكن ان تؤثر على موقف الملاريا بمصر وهى : الفيوم ، واحة سيوة سيناء وأسوان ،

الفيوم :

بالرغم من عمليات المكافحة التى تجرى فى هذه المحافظة ، الا أن المرض يتواجد ببعض المناطق على مدار السنة (قرية ابهيت) الأمر الذى يستدعى تكثيف الجهود لدراسة كافة العوامل المؤدية الى ذلك فى ضوء اجراءات المقاومة المتخذة حاليا .

واحة سيوة :

فقد تم عمل مسح مبدئى فى اماكن متفرقة بواحة سيوة واثبت وجود حالات فى منطقة أبو شرون ويستلزم الأمر وضع خطة لدراسة متعمقة فى هذا المكان . ولقد كانت المنطقة حتى وقت قريب تكاد تكون منعزلة نسبيا ، الا ان استكمال انشاء الطريق بينها وبين مرسى مطروح منذ سنة تقريبا ، وما يستتبع ذلك من الزيادة المتوقعة فى الحركة البشرية من الواحة واليها ، يستوجب سرعة الاهتمام بها .

سيناء :

تعتبر سيناء من أهم مناطق الجمهورية من الوجهة الحشرية فيما يتعلق بالبعوض الناقل للملاريا ، حيث يوجد بها اكبر عدد من انواع بعوض الأنوفيل (٨ انواع) منها اربعة انواع تعتبر نواقل معروفة للملاريا وبالرغم من عدم اجراء أى مسح لحالات الملاريا حديثا بسيناء ، الا ان الدراسات السابقة ، دلت على وجود المرض ببعض الاماكن بها .

ومن المتوقع مع الزيادة السكانية وحركة استيطان البدو ، وزيادة الحركة والانتقال ما بين سيناء و الوادى ، ان يزداد نشاط المرض ، لذا فان الدراسات تعتبر ذات اهمية خاصة فى هذه المنطقة .

أسوان :

تعتبر أسوان من الناحية الجغرافية من أهم مناطق الجمهورية. فهى

المدخل الجنوبى لمصر من ناحية السودان وقد اكتسبت اهمية خاصة بعد انشاء السد العالى وتكوين بحيرة ناصر خلفه ، مما ادى الى زيادة خطر غزو بعوض الجامبيا للأراضى المصرية من السودان . وادراكا لهذا الخطر فان حكومتى مصر والسودان وقعتا اتفاقا للتعاون الصحى والطبى فى عام ١٩٧٠ ، الحق به بروتوكول لمكافحة بعوض الجامبيا على طول ٧٥٠ كم ، من مدينة اسوان شمالا حتى قرية أبو فاطمة جنوبا فى السودان ولمتابعة الأعمال المنصوص عليها بالبروتوكول تشكل فريق استكشاف مشتركا من الخبراء من كلا الجانبين ، كما تكونت لجنة مشتركة للجامبيا لمتابعة سير العمل وتقييمه ، وتتلخص نقاط البروتوكول فيما يلى :

١- استكشاف شواطىء وجوانب بحيرة ناصر مرتين سنويا بواسطة الفريق المشترك وقد عدلت اللجنة العليا المشتركة ذلك وجعلته مرة واحدة سنويا .

٢ - استكشاف جوانب البحيرة ثلاث مرات فى العام بواسطة كل فريق على حدة .

٣- رش جميع وسائل الانتقال النهرى بالمبيدات اثناء رسوها فى حلفا وأبو سمبل وميناء السد العالى ، مع رشها دوريا بالمبيدات ذات الأثر الباقى .

٤- رش جميع القطارات بالمبيدات قبل وصولها الى حلفا .

٥- رش ودهان جميع المنازل فى حلفا ومنطقة السد العالى بالمبيدات ذات الأثر الباقى .

٦- استمرار عمليات الاستكشاف والمكافحة بأسوان وبحيرة ناصر فى الجانب المصرى وأيضا فى المنطقة بين حلفا ودال فى الجانب السودانى .

٧- استكشاف ومكافحة جميع أماكن التوالد فى المنطقة بين دال وأبو فاطمة بالاضافة الى رش المنازل بالمبيدات فى هذه المنطقة .

٨- اتخاذ جميع الوسائل لجعل المنطقة من اسوان الى ابو فاطمة خالية من أى حالة ملاريا ، وذلك عن طريق المسح الطفيلى للمرض ومعالجة أى حالة ايجابية تظهر .

واستمر العمل بهذا البروتوكول منذ توقيعه حتى الآن ، وتؤكد النتائج ان حدود الجامبيا متوقفة عند حوالى ١٥٠ كم جنوب حلفا . كما ان الدراسة المشتركة التى قام بها مركز البحوث والتدريب فى مكافحة ناقلات الامراض بجامعة عين شمس بالاشتراك مع مركز مكافحة الجامبيا باسوان خلال عامى ١٩٨٣ - ١٩٨٤ لم تثبت وجود بعوض الجامبيا فى أسوان الا أن هناك من العوامل التى طرأت على هذا الموقف المستقر وبائيا ما يتطلب اعادة النظر فى الاجراءات المتخذة وتتمثل هذه العوامل فيما يلى :

- زيادة حركة النقل مابين السودان ومصر نتيجة لانشاء عدد من الخطوط الجوية والبرية والنيلية .

- سياسة التسكين ببحيرة ناصر ، وما يستتبعها من زيادة سكانية على جوانب ابحيرة وجزرها .

- الخطط الموضوعة لتنمية بحيرة ناصر فى المجالات الزراعية وغيرها .

- تغير نظام الرى ، من رى الحياض الى الرى الدائم ، وارتفاع منسوب المياه فى المنطقة المحيطة بالبحيرة .

مما تقدم يمكن القول ان الملاريا فى الوقت الحالى لا تمثل مشكلة كبيرة فى مصر ، الا ان كافة الظروف مهيأة كى تجعل منهامشكلة قد يصعب التغلب عليها مستقبلا ، مع أخذ العوامل الآتية فى الاعتبار :

- ان البروتوكول المعمول به بين مصر والسودان ، من سنة ١٩٧٠ لمكافحة بعوض الجامبيات ، يحتاج الى التعديل بحيث يواجه انشاء الطرق الجديدة الجوية والبرية والنيلية بين مصر والسودان .

- الاتجاه حاليا لزراعة السلالات الحديثة من الأرز التى تنمو طوال العام ، حيث تعتبر حقول الأرز من أهم أماكن توالد البعوض الناقل للملاريا .

- نظرا للاستخدام الواسع للمبيدات الحشرية ، سواء للاغراض الصحية أو الزراعية فان كثيرا من انواع النواقل الحشرية قد اكتسبت مناعة ضد غالبية هذه المبيدات .

- التوسع العمرانى والسكانى بأنحاء كثيرة من الجمهورية ، وما يستتبع ذلك من انتقال السكان من منطقة الى اخرى ، او من مناطق تواجد الملاريا الى أى من المناطق الخالية من المرض .

- الزيادة فى أعداد المصريين العاملين بالخارج ، وخاصه فى مناطق تتوطن فيها الملاريا ، وعودتهم اثناء الأجازة واحتمال اصابتهم بالمرض اثناء فترة العمل .

- الزيادة فى أعداد القادمين من السودان ، حيث ينتشر المرض ، خصوصا نوع الفالسيبرم نو المقاومة العالية للعلاج .

كل هذه العوامل تستلزم تطوير برامج المكافحة والوقاية من مرض الملاريا ، ويمكن الاسترشاد فى ذلك بنتائج البحوث التى تم نشرها والتى تجرى فى المستقبل ، وقد جرت هذه البحوث فى اماكن مختاره كنماذج تمثل البيئات المختلفة فى مصر .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، يوصى بمايلى :

* إعادة النظر فى اتفاقية التعاون الصحى بين مصر والسودان ، والتى تنظم التعاون المشترك فى مراقبة الجامبيا ومكافحتها وتعديلها ، بحيث تاخذ فى اعتبارها الأوضاع الجديدة التى طرأت فى منطقة السد العالى وبحيرة ناصر ، وان تشتمل على الاجراءات الوقائية المناسبة لمكافحة البعوض فى وسائل المواصلات المختلفة : البرية والنيلية والجوية وتشديد المراقبة الصحية على المسافرين بين البلدين ، واتخاذ اجراءات اصحاح البيئة الكفيلة بمنع توالد البعوض فيما حول البحيرة وفى المناطق الزراعية .

* ضرورة التعاون بين وزارة الصحة ووزارة الزراعة فى التدابير الكفيلة بعدم انتشار الملاريا فى المواقع التى ستزرع ارزا وخصوصا السلالات الحديثة من الأرز التى تنمو طوال العام وأن تهتم وزارة الصحة كذلك بالتعاون مع وزارة استصلاح الاراضى والمجتمعات الجديدة - بتشديد مراقبة بيئة المجتمعات العمرانية الجديدة وجميع المشروعات الانمائية الأخرى ، ولا سيما مشروعات استخدام المياه آخذين فى الحسبان ما لهذه المشروعات من آثار صحية محتملة ، وخاصة ما يتعلق منها بالملاريا وأن تتضمن ميزانياتها الاعتمادات الكفيلة باتخاذ التدابير اللازمة اثناء المراحل التخطيطية لمنع توالد البعوض اتقاء لحدوث المرض بمواقع هذه المشروعات .

* انشاء وحدات للملاريا فى المواقع المعنية لتقوم بمراقبة الموقف الحشرى والوبائى فى مناطقها منذ البداية

* وضع خطة شاملة للمكافحة المتكاملة لناقلات المرض تستخدم فيها مختلف الوسائل الكفيلة بمكافحة الناقلات ، مع مراعاة الظروف البيئية السائدة .

* الاهتمام بمواصلة البحث والمراقبة والاستقصاء حول أوضاع البعوض الناقل للملاريا ، وحول معدلات الاصابة والانتشار بين المواطنين وبصورة خاصة فى بؤر التوطن على ان تساهم فى هذه العمليات (الى جانب وحدات الملاريا الرئيسية والفرعية) كافة المراكز البحثية المعنية ، وأن تسهم فى أعمال المراقبة والوقاية والعلاج ، شبكة الرعاية الصحية الأولية فى الريف والحضر ، وأن تزود لهذا الغرض بما يلزم من اخصائيين وأفراد وتدريب وامدادات مع دعم مراكز بحوث الحشرات التابعة للوزارات أو الجامعات وتشجيعها على مواصلة دراسة تطورات انتشار مختلف نواقل المرض وعاداتها ومدى مقاومتها للمبيدات الحشرية بحيث تكون تلك العوامل تحت المراقبة المستمرة لرصد ما قد يحدث من تغيرات ربما تقتضى تغيير اجراءات الوقاية والمكافحة .

* تشجيع التعاون الدولى والثنائى فى مجال مكافحة الملاريا ، حتى تستمر السيطرة على اوضاع هذا المرض فى مصر مع متابعة ما يحدث فى العالم الخارجى من تطورات فى هذا المجال ، وخاصة موضوع التوصل الى لقاح ضد الملاريا ويجرب الآن فى بعض مراكز البحوث فى الخارج .

الفيلاريا

عرف مرض الفيلاريا (داء الفيل) فى مصر منذ وقت بعيد يمتد الى عصر الفراعنة ، اما فى العصر الحديث ، فقد وردت حالات فى وقت الحملة الفرنسية فى القاهرة والاسكندرية ودمياط ورشيد .

ويعتبر طفيل الفيلاريا من الديدان الاسطوانية ، وتعيش فى الغدد والأوعية الليمفاوية الموجودة فى النصف السفلى لجسم الانسان وتضع الانثى يرقات (ميكروفيلاريا) فى الدم الطرفى خلال ساعات نوم الانسان وتتم دورة الحياة فى بعوض الكيولكس عندما تلدغ الانثى المريض ، وتأخذ الميكروفيلاريا التى تتحول بعد فترة حضانة الى يرقة معدية فى اجزاء فم البعوضة ، وعندما تلدغ هذه البعوضة المعدية شخصا سليما فان اليرقة المعدية تسقط على جلد الانسان بجوار اللدغة وتخترق الجلد وتصل الى الأوعية الليمفاوية وتصبح طورا بالغا فى مدة ستة اشهر أوأكثر ، وتعيش الديدان البالغة عدة سنوات تتراوح ما بين ٨ - ١٠ سنوات ، ويقال أن الانسان لابد ان يتعرض الى حوالى ١٥٠٠٠ عضة من البعوض المعدى حتى يصاب بالعدوى .

أعراضه ومضاعفاته وعلاجه :

يحدث التهاب بالأوعية الليمفاوية يؤدى الى دوالى بهذه الأوعية وانفجارها ويحدث تورم فى الجلد ويصنع علاجه محليا الآن بشركة النيل باسم « فيلاران »

التوزيع الجغرافى للمرض :

تم عمل استكشاف للمرض فى انحاء القطر المصرى ، فى الفترة ما بين ١٩٥٥ ، ١٩٦٤ ، وذلك بفحص عينات دم شملت حوالى ٥٠٤٢٧٦ ، وكذلك تم فحص المرض لمعرفة اعراض المرض ومضاعفاته وتبين ما يأتى :

- ان مرض الفيلاريا غيرموجود فى بعض محافظات الجنوب وهى : بنى سويف والفيوم والمنيا وسوهاج وقنا واسوان ، ولكنه موجود فى مناطق من بين ٤٢ منطقة تم فحصها فى محافظة اسيوط وكان معدل الاصابة ٠.٠٩ ٪ .

- بحلول عام ١٩٦٥اختفت الفيلاريا ومضاعفاتها من القاهرة والاسكندرية ودمياط ورشيد .

- فى الجيزة انخفضت معدلات الإصابة من ٢٨.٩ ٪ (مدى الاصابة يتراوح بين ٩ - ٤٧.٥ ٪) فى سنة ١٩١٠ الى ٤.٥٪ (٢.٢-١.٧٪) فى سنة ١٩٤٦ ، وأصبحت ١.٢ (صفر - ٩.١ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى البحيرة انخفضت المعدلات من (١- ٦٢ ٪) سنة ١٩٣٦ الى ١.٥ (صفر - ٣.٣ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى منطقة القنال انخفضت المعدلات من (صفر - ٤ ٪) سنة ١٩٤٦ الى ١.٠ ٪ (صفر - ٢ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى سنة ١٩٦٥ انحصر وجود حالات اكلينيكية بمنطقة شرق الدلتا فى محافظات القليوبية - الشرقية - الدقهلية - دمياط ، وبلغت بها معدلات الاصابة بالميكروفيلاريا ٧.٢ - ٦.١ - ٢.٧ - ١ ٪ على الترتيب .

ولقد انخفضت مضاعفات المرض التى تتمثل فى القيلة المائية وداء الفيل بالساقين الا ان المضاعفات أصبحت تظهر فى أعمار متقدمة .

انخفاض معدلات الاصابة فى الستينات :

انخفض معدل الاصابة بمرض الفيلاريا ، فى مصر خلال الستينات ، ويرجع ذلك الى الاسباب الآتية :

- نقص عدد الآبار ، وتوصيل المياه النقية الى المدن وكثير من القرى ، مثل ما حدث فى مدينة رشيد .

- برامج اصحاح البيئة التى كانت موجهة أصلا الى أمراض طفيلية أخرى ، مثل البلهارسيا والانكلوستوما ، وشملت هذه البرامج الامداد بالمياه النقية وزيادة المراحيض والصرف الصحى ، وكان لها تأثير على انخفاض معدلات الاصابة بالفيلاريا .

وقد تبين ان نقص كميات المياه الملوثة (المجارى والصرف الصحى)

نتج عنه نقص فى غذاء اليرقات وبالتالى تخفيض كثافة البعوض عمومــا .

– تحسين الزراعة ونظام الرى وتطهير القنوات والتحكم فى استخدام مياه الرى وكان الهدف هو تطهير القنوات من القواقع الناقلة للبلهارسيا ، وقد ادى ذلك بالتالى الى تغيير طبيعة اماكن التوالد او القضاء عليها ، كما أن استخدام نظام السدة الشتوية كان يقضى على اماكن التوالد لمدد طويلة علاوة على ان انخفاض درجة الحرارة فى هذه الشهور ادت الى طول فترة الحضانة الخارجية فى البعوض ، مما ادى الى انخفاض عدد البعوض المعدى للفيلاريا .

– مجموعات البحوث المختلفة التى أجريت فى هذا الشأن .

– استخدام عقار الهترازان على نطاق واسع فى سنة ١٩٤١ .

– برامج مقاومة الملاريا برش المبيدات .

– زيادة استخدام المبيدات الحشرية فى المدة ما بين عامى ١٩٤٧، ١٩٧٠ ضد الآفات الزراعية ، ومقاومة بعوض الايدس والذباب و البق والقمل والبراغيث .

ومما سبق يتضح انه حتى أواسط الستينات وجدت عوامل كثيرة ، سواء كانت موجهه ضد الفيلاريا أو غيرها ، ادت الى انخفاض معدلات انتشار الفيلاريا وشدة الأعراض الاكلينيكية والتوزيع الجغرافى للمرض فى مصر .

التغيرات التى حدثت مؤخرا فى موقف الفيلاريا :

١– تكون المناعة فى البعوض ضد المبيدات (الأرخص سعرا) والاكثر انتشارا فى مصر .

٢– حدوث نقص استخدام دواء الهترازان ، بسبب حدوث أعراض جانبية لاستخدام الدواء تؤدى الى ملازمة المريض للفراش مدة طويلة وتنبه المرضى لذلك وامتنعوا عن تناول الدواء .

٣– دخول المياه النقية للقرى واستخدام الطلمبات فى المنازل أدى الى ارتفاع الاصابات نتيجة عدم صيانة الطلمبات ، بالاضافة إلى قصور نظام صرف المياه الزائدة عن الحاجة ، مما ادى الى تكون مستنقعات وبرك مناسبة لتوالد البعوض الناقل للفلاريا .

٤ – كان لافتتاح السد العالى فى عام ١٩٧١ أثره فى بعض التغييرات البيئية وكان من آثاره المتعلقة بمرض الفيلاريا :

– ارتفاع مستوى المياه فى الاراضى الزراعية ، مما ادى الى ان المياه المتكونة على سطح الأرض بعد الرى لا تجف سريعا وتكون أماكن لتوالد البعوض .

– الغاء مدة السدة الشتوية التى كانت تقلل أماكن التوالد وكثافة البعوض المعدى .

– اختفاء الطمى أدى الى زيادة نمو الاعشاب فى الترع والقنوات وزيادة الكائنات الدقيقة (النباتية والحيوانية) التى تصلح غذاء لليرقــات .

– بطء سرعة التيار أدى الى زيادة توالد البعوض .

٥ – زيادة تحركات السكان نتيجة الزيادة فى حركة المواصلات مما نتج عنه زيادة معدلات الفيلاريا وانتشارها الجغرافى .

وفيما يلى بيان يوضح الوضع الحالى ، وذلك بناء على الدراسات التى اجريت بين العامين ١٩٧٤ ، ١٩٧٨ :

المكان	المعدلات الحالية	المعدلات السابقة
عرب عيسى بالقرب من القاهرة	١٤.٩ (١٩٧٦)	
عزبة البرج (دمياط)	٢٤.٢ (١٩٧٨)	١.٢ (١٩٦٢)
أسيوط	٥.٦ (١٩٧٦)	٢.٥ (١٩٦٦)
بلقس (قليوبية)	١٥.٩ (١٩٧٧)	٢.٥ (١٩٦٦) ٩.٠ (١٩٦٣)
معدل انتشار داء الفيل	٣.٧ ٪ (بالساقين واليدين)	٠.٨ ٪ (بالساقين فقط) ، ١٩٦٥
	تبدأ المضاعفات فى سن مبكرة نسبيا (اقل من ٣٠ سنة)	تبدأ المضاعفات فى سن متأخرة نسبيا (اكثر من اربعين سنة)

ويتضمن الجدول الوارد فى الصفحة التالية بيانات بالعينات الملحوظة للفيلاريا والايجابى منها على مدى اربع سنوات ، من سنة ١٩٨٠ الى سنة ١٩٨٤ .

النواقل الحشرية :

ويعتبر بعوض الكيولكس بيبانز هو الناقل الأساسى للمرض فى مصر ، وخاصة نوع مولستاس الذى يتكاثر فى أماكن التوالد المغلقة والآبار وداخل البيوت والمياه الملوثة ، وهو يفضل دم الانسان ويعيش داخل البيوت ، وقد وجد ان كل عينات البعوض المجموعة من أماكن مختلفة من مصر – سواء كيولكس بيبانز او بيبانز مولستاس – قابلة للعدوى بالفيلاريا بنفس الدرجة ، كما وجد ان بعوض كيولكس انتساتس وكيولكس يونيفيتاتس قابلة للعدوى .

ويحاول العلماء فصل أنواع الكيولكس بيبانز المركب فاذا اثبت أن أحد الأنواع هو المسئول عن نقل المرض دون الأنواع الأخرى ، فسوف يتبع ذلك اعادة النظر فى نواقل مرض الفيلاريا فى مصر وهذه الدراسة مهمة فيما يتعلق بطرق مقاومة النواقل .

وذلك ان المقاومة كانت موجهة أساسا ضد أماكن توالد بعوض الكيولكس مولستاس وأماكن راحته ، ومتجاهلة بعوض الكيولكس بيبانز ، اذ تصور البعض أن نوع البيبانز لا ينقل المرض ، حيث يتوالد ويتواجد خارج المنازل ويتغذى على دم العصافير .

وبعد دراسات مكثفة فى البيئة المصرية وجد انه بعد مكافحة نوع المولستاس داخل المنازل فان نوع البيبانز يحل محله ، وسريعا ما يكتسب صفات المولستاس وهكذا فان فكرة المكافحة داخل المنازل فقط ليست صائبة .

وكان هناك اتجاه نحو تقسيم النواقل الى نوعين ، حسب اختلافها فى التغذية وطرق التزاوج واماكن الراحة داخل أو خارج المنازل ، ولكن تبين أن كلا من النوعين يمكن ان يكتسب طباع النوع الأخر ، وبالتالى فانه يجب توجيه المقاومة الى أماكن التوالد وأماكن الراحة للنوعين معا .

أما بالنسبة للمبيدات الحشرية فان بعوض الكيولكس يكتسب المناعة ضد المبيدات سريعا .

طرق المكافحة :

من نتائج الابحاث العديدة التى أجريت فى أماكن مختلفة ، اتضح ان فحص اى منطقة باجراء استكشاف واحد لايعطى المعدل الحقيقى للاصابة ، وقد أجرى تقييم لمختلف طرق المكافحة ، فمثلا طبق فى قرية رش أماكن التوالد مع علاج المرضى ، وفى قرية أخرى استخدم العلاج فقط ، وفى قرية ثالثة استخدم رش أماكن التوالد فقط ، ودلت النتائج على أن أحسن طرق المقاومة هى استخدام الوسيلتين معا يليها استخدام المبيدات ثم أخيرا استخدام العلاج فقط ، وعند اعادة فحص هذه القرى وجد ان معدل الاصابة قد ارتفع عما كان عليه قبل بدء عملية المكافحة ، وقد صاحب هذا فحص اكلينكى ، اتضح منه أن درجة توطن المرض قد ازدادت ، فبعد أن كانت المضاعفات تظهر فى سن متأخرة ، اصبحت تظهر فى اعمار اصغر .

وفى محاولة اخرى لتحديد أنسب الأوقات لأخذ عينات الدم ، وجد ان منتصف الليل هو انسب الأوقات ، وبالتالى فان أخذ العينات فى وقت مبكر بعد الغروب لا يظهر كل الحالات المصابة .

مما سبق جميعه يتضح أن توطن المرض يزداد ارتفاعا واتساعا فى مصر .

التوصيات

نظرا لأن داء الفيلاريا من أهم الامراض التى ينقلها البعوض فى مصر ، ونظرا لأن مريض الفيلاريا لا يشفى منه وتسبب له مضاعفات المرض درجات من العجز تؤثر على كفاءته وانتاجيته طوال حياته ، فانه يوصى بمايلى :

* استقصاء مدى وبائية داء الفيلاريا ، حيث لم يجر منذ عام ١٩٦٥ استكشاف للمرض على مستوى الجمهورية من حيث انتشار المرض وشدة الحالات الاكلينيكية .

بيان العينات الملحوظة للفيلاريا والايجابى منها خلال المدة من ٨٠ الى ١٩٨٤

المحافظة	١٩٨٠		١٩٨١		١٩٨٢		١٩٨٣		١٩٨٤		ملاحظات
	عدد العينات	ايجابى ميكرو	عدد العينات	ايجابى ميكرو	عدد العينات	ايجابى ميكرو	عدد العينات	ايجابى ميكرو	عدد العينات	ايجابى ميكرو	
الاسكندرية	٢٦٣١	–	٦٣٢٥	–	٧٢٦٣	–	٣٥٣٣	–	٣٨٥١		
الشرقية	٨٥٣٨٣٠	٢٥٩	٨٣٠١٥	٣١٤	٨٢٢٩٨٠	١٨٤	٧٤٥٧٨٨	١٢٩	٧٦٢٠١١	١٣١	
الدقهلية	٥٢٠٦١	٨	٤٢١٦٠	٢٦٤	٢٧٢٨٦	٣١	٣١٦٧٢	١	٣٠٨٢٤	٣٧	
المنوفية	٦١٨٧٠٥	١٩	٣٠٤٢٣٦	٢٤٧	٣٩٩٠٦٥	٣١١	١٥٢٣٥٥	٤٥٣	٥٧٢٠٥	٣٢٤	
القليوبية	٨٦٤١٠٦	٩٤٦	٨٤٦٩٩٢	١٠١٥	٩٣٩٣٢٣	٩٥٨	٦١٦٢٩٠	٩٣٩	٣٨٩٩٠	٣٦٠	
دمياط	٦١٧٤	٦	٤٤٧٢	٦	١٦٤٢٩	١٦	٣٤٨	١١	٤٥٢٠	١٢	
الغربية	٤١٧٧٥٦	٧٦٠	٢٥٧٧٢٢	٨٢٥٦	٣٣٦٧٤	١٥٥	١٢٥٠٢٧	٣١٤	٨٤٧٠٠	٣٩٦	
الجيزة	٦٥٢٨١	٤٧٨	١٢٨٤٢٨	٥٣٣	٣٢٩٦٥	٢٣٤	٦٣١٢٩	٣٣١	٦٠٠٧٥	٢٣٢	
البحيرة	٣٣٦٢٢	١٠	٣٧٥٧٠	٢	٣٧٠٣	٤	١٩١١٠	١	٢٠٨٢٦	٢٢	
بور سعيد	٤٥٦٤	٢	٣٣٥٨	١	٦٦٦٤	–	٤٣٣٤	–	٤٣١٨	–	
السويس	١١١٢١	–	٨٣٢٨	–	٤٠٤٦	–	٥٦٥٢	–	١٠٧٢	–	
الاسماعلية	١٩٧٤	–	٤٥٤٤	–	٩٤١	–	٣٨٢٧	–	٣١٩٤	–	
قنا	١٢٥٦	–	١٣٥٠	–	٣٢٢٠	–	٢٢٤٧	–	٢٠٨٤	–	
الفيوم	٩٨٧٧	٢	٤٢٣٥	–	١١٣	–	٤٧١٠	–	٣٤٥٠	–	
أسيوط	١٦١٣٧	١٣	١٢٤٤١	٦	–	–	–	–	–	–	
كفر الشيخ	–	–				–	٦٨١٤	–	١٢٠١١١	٦	
المجموع	٢٩٥٩٠٥	٣٥٠٣	٢٤٩٢٧٧٦	٢٧٢٤	٢٤٤٨٠٣٠	١٨٣٩	١٧٨٤٨٣٦	٢١٧٩	١٤٣٣١٥١	١٥٢٠	

* اعداد برامج محددة للمكافحة على مستوى الجمهورية – على ضوء نتائج هذا الاستقصاء – حيث ان ما أجرى حتى الآن لا يتعدى بعض التجارب والبحوث لتقييم الطرق المختلفة سواء للتشخيص أو للعلاج .

* يتعين ان تشارك كافة الوزارات المعنية فى اعداد وتنفيذ برامج المكافحة الى جانب جهود وزارة الصحة لضمان نجاحها .

* ضرورة تزويد وحدات شبكة الرعاية الصحية الأولية فى الريف والحضر ، بما يتطلبه الأمر من العاملين والتدريب والمواد حتى يمكنها اداء دورها بكفاءة وفاعلية .

* العمل على توفير المبيدات والعقاقير اللازمة ، ومراقبة فاعليتها بصورة مستمرة .

* دراسة امكان تصنيع المبيدات والعقاقير الخاصة بهذا المرض محليا عن طريق الشركات القائمة ودعوة القطاع الخاص وتشجيعه للمساهمة فى ذلك وبشتى الحوافز ضمانا لتوافرها وتخفيضا لتكاليفها – على ضوء ما يتم من دراسات جادة للجدوى – وعدم استنزاف النقد الأجنبى فى استيرادها .

* نظرا لأن البعوض يمكن أن يغير فى سلوكه – على ضوء التغيرات التى يمكن ان تحدث فى البيئة نتيجة للعوامل المتغيرة – فانه يتعين ما يأتى :

– اجراء دراسات متتابعة على البعوض الناقل ، من حيث عاداته وأماكن توالده وراحته ومواسمه ، ومدى حياته وتغذيته ، مع حساب نسبة العدوى ، ووسائل مقاومته .

– دراسة الطفيلى من حيث :

× العوامل التى تؤثر على انتقال العدوى من شخص لآخر .

× العوامل التى تؤدى الى تكون مضاعفات المرض فى بعض الأشخاص ، وعدم تكونها فى البعض الآخر .

× معدل الاصابة بالمضاعفات فى الذكور والاناث .

× الأسباب التى تؤدى الى حدوث المضاعفات .

× من حيث تواجد الاصابة فى الجسم وكثافتها :

– دراسة امكانات استخدامات المبيدات البكتيرية – وهى موجودة أصلا فى الطبيعة – وخاصة من حيث استخدامها فى الزمان والمكان المناسبين .

* تقييم طرق مقاومة البعوض الناقل فى مناطق التوطن من حيث :

– مدى حساسيته للمبيدات ، وجدولة استعمال هذه المبيدات فى اوقات محددة ، وعدم الاستمرار فى استعمالها تجنبا لتكون مناعة ضدها ، نظرا لما هو معروف عن سرعة تكون المناعة فى بعوض الكيولكس .

– أماكن توالده وطرق مقاومته خارج المنازل وفى داخلها .

* تقييم علاج الفيلاريا بالهترلزان أو (الفيلاران) ، مع اختيار نظم مختلفة من العلاج ، ثم تقييم النتائج ، لمعرفة أفضل هذه النظم .

* صيانة مصادرالمياه ، حيث ان تسرب المياه يمثل المصدر الأول المسئول عن تكون اماكن توالد البعوض الناقل ، ويمكن البدء فى ذلك بمناطق مختاره وبالجهود الفردية لضمان الصيانة اللازمة ومنع تسرب المياه وازالة تجمعاتها ايا كان سببها .

* التوعية والتثقيف بشأن هذا المرض بين مختلف الفئات ، ولا سيما فى المناطق المعرضة ، وتعريف المواطنين بوسائل اتقائه ، وتشجيعهم على الاسهام فى اجراءات مكافحته .

الجذام

نشأته : ترجع النشأة الاولى لمرض الجذام الى عام ١٥٠٠ ق . م اما ظهوره فى وادى النيل لأول مرة ، فكان فى منطقة دار فور بالسودان ثم انتقل منها الى مصر ، ومنها الى آسيا، ثم الى الهند ومنها الى الصين واليابان وعبر آسيا الصغرى الى اوربا حيث قلت نسبة الحالات بدرجة كبيرة ، فيما عدا بعض الدول ومنها البلاد الاسكندنافية وخاصة النرويج ، حيث تم اكتشاف جرثومة المرض عام ١٨٦٩ ، بواسطة العالم

النرويجى جانسن الذى اطلق اسمه على هذا المرض فى فترة من الفترات .

توزيعه الجغرافى : ويكثر الجذام ، حاليا ، فى اواسط افريقيا ومنطقة حوض البحر المتوسط وآسيا وخاصة الهند ، وبعض بلدان امريكا الجنوبية ، ومناطق قليلة متفرقة فى امريكا وعدد المرضى فيها قليل ، والمكسيك ، وبعض البلدان الاوربية وخاصة الجنوبية والبلاد العربية التى يتوطن المرض فى بعضها .

أما عدد مرض الجذام على المستوى العالى ، فتشير الاحصاءات الحديثة الى وجود ١٥ مليون مريض فى مختلف انحاء العالم .

سببه وأنواعه : ويسبب المرض عصوى الجذام ويشبه الى حد كبير عصوى الدرن ، وقد تصعب – الى حد ما – التفرقة بينهما ويصيب المرض مناطق ظاهرية وداخلية بالجسم ، ولذلك فهو عدوى كثير ما تعم اماكن متعددة من البدن .

ويمكن تقسيم انواع المرض الى ثلاث مجموعات كبيرة هى : الجذام العقدى ، الجذام الدرنى ، الجذام الوسط ،. وهذا النوع الأخير اما أن يكون مائلا الى النوع العقدى ، او الى النوع الدرنى .

طريقة العدوى : تؤدى المناعة ، بواسطة الخلية ، دورا هاما فى مدى قبول العدوى لدى الانسان عند التعرض لميكروب الجذام ، او تنويعها الى أحد أنواع المرض المعروفة وكذلك فى مقاومة المرض أو التخلص منه والاكثر اعتبارا ، فى الوقت الحاضر ، ان العدوى تنتقل عن طريق الرذاذ والتنفس أو السعال فى وجه المخالط حيث تنتقل من الأغشية المخاطية ، وخاصه الأنف الى السليم فتسبب عدواه .

وهناك احتمالات اخرى متعددة لنقل العدوى عن طريق الحشرات مثل البق والملاصقة ، والجهاز التنفسى او الهضمى .

ويعتبر الاطفال حديثو الولادة ، اكثر تعرضا للعدوى من غيرهم – وقد بلغت نسبة عدوى الأطفال ٦٠ ٪ فى المناطق التى يتوطن فيها المرض ، فى حين تصل النسبة الى ٥ ٪ فقط عند الكبار والبالغين ، نظرا للمناعة المكتسبة بمضى الزمن عند كبار السن . وحتى بين المتزوجين لا تسنح فرصة العدوى الا فى حدود النسبة المذكورة .

مدة حضانة المرض ، وتتراوح ما بين سنتين وسبع سنوات ، وقد تطول أو تقصر حسب تقبل المريض للعدوى ومجابهته لها .

والغالب أن العدوى بمرض الجذام تبدأ فى الصغر ، وخاصة عند الاطفال ، وتكون الاصابة طفيفة ومحدودة وقليلة العدد ، وتفسر على انها مرض آخر مما يضيع فرصة شفاء المريض عند التشخيص المبكر للمرض وبعد مدة تتراوح من عام الى عامين تختفى الاصابة الاولى عند الاطفال لفترة قد تطول ، ثم يظهر المرض ثانية بصورة شبه نهائية عند البلوغ ومابعده ، ويتخذ طريقه نحو النوع الدرنى أو العقدى ، او مابين هذين النوعين .

ومن علامات المرض فقدان الاحساس فى شتى أنواعه – للبرودة أولا والدرجات الحرارة المختلفة وأيضا للمس ثم للوخز والألم وتلتهب الأعصاب وخاصة المتطرفة منها والمعرضة لبرودة الجو ، وتصبح مؤلمة عند لمسها او الضغط عليها ، ويصبح شكل المريض ووجهه شبيها بوجه الأسد وقد تكون هناك أعراض بدائية أو عامة مثل ارتفاع درجة الحرارة واختلاف طريقة هذا الارتفاع وآلام متعددة ، وقد ينزف المريض من الأنف .

ومضاعفات المرض كثيرة منها التشوهات بالوجه واليد والقدم فتصبح اليد كالمخلب ، وتضمر العضلات بين السلاميات باليد وتفقد الاحساس بالالم وبالحرارة ، ولذلك تكثر الاصابات والحروق التى يحس بها المريض وأيضا القروح بالاصابع والقدم .

العلاج : تقدم العلاج حديثا بمركبات السلفون ، وخاصة فى النوع الدرنى ، وكذلك عقار لامبرين فى علاج النوع العقدى والنوع الوسط العقدى وأيضا تفاعلات مرض الجذام ، ولكنه قد يلون افرازات الجسم باللون الأحمر ، وعند التعرض للشمس والضوء يغمق لون البشرة ويميل الى السواد ، وهذا يزعج المريض ، وخاصة الفتيات والسيدات .

كما يعالج بعقار الثاليدوميد ، ولكن يجب الحذر عند تعاطيه ، اذ يضر بالحامل والجنين ، ولاتستعمل مركبات الكورتيزون أو الـ A.C.T.H الا عند الضرورة وفى حالات الجذام المتفاعل ، ويفيد لفترة محدودة من ٣ - ٦ اسابيع العلاج بمضاد الحيويات ، مثل الريفادين ريفا امبيسين والريماكتان .

أساليب الوقاية والعلاج :

التوعية : وتكون بالنشرات والكتيبات ، والصحف والاذاعة ، ومخاطبة الجماهير عن طريق وزارة الصحة التى تتحمل فى ذلك العبء الأكبر .

العلاج المبكر : للحالات الاولى ، وبخاصة عند الاطفال والعلاج الطويل الذى قد يستمر فى بعض الحالات مدى الحياة .

الاختبارات المعملية : المختلفة التى تظهر المرض ونوعه ومدى تمكنه من الجسم .

تحصين الأطفال : وذلك بواسطة البى سى جى فى المنطقة الموبوءة ، وهناك ظهر نجاح التحصين بالبى سى جى الى نسبة تتراوح من ٦٠ الى ٨٠ فى المائة من الاطفال .

ومن المعلوم ان الطفل من الأم المصابة بمرض الجذام يولد سليما ، حيث لايمر الميكروب خلال المشيمة أثناء الحمل ، ولكن الرضيع والطفل يصابان بالعدوى بعد الولادة ، ولذلك ينصح بعزل المولودين عن امهم المريضة أو الأب المريض بالجذام .

اعطاء المخالطين الاصحاء والاطفال جرعات صغيرة من عقار الدايسون اثناء مخالطة المريض وحتى يتم منع الاختلاط وهذه طريقة ناجحة الى حد ما ، ولكن ليس من المستحسن اعطاء شخص سليم عقارا له بعض المضاعفات والخطورة .

وهناك محاولات جادة وبحوث قاربت النجاح فى ايجاد اختبار يمكن به معرفة وجود مرض الجذام أوعدمه .

العزل للمصاب : كان العزل قديما اجباريا لكل انواع الجذام ولذلك انشئت مستعمرات الجذام ، ومازال بعضها قائما وايضا منع مرضى الجذام من التواجد الداخلى والاقامة بالمستشفيات العامة ولكنه رؤى ، حديثا وفى البلاد المتقدمة ، عدم عزل حالات الجذام والتى بها اصابات مغلقة اذ ان هذه الحالات ليست معدية طالما ظلت مغلقة ويمكن معالجة المريض بالعيادة الخارجية ، ويلزم متابعته لضمان عدم تحول الحالة الى حالة مفتوحة معدية ويلزم فحص المخالطين كما يحدث فى حالات الدرن الرئوى . والمحبذون لفكرة العلاج بوحدات خارجية وعيادات خاصة بالجذام دون العزل فى الحالات المقفولة والدرنية ، يرون ان هذا يرفع معنويات المريض فيعود بعد شفائه عضوا عاملا بالمجتمـــــع ، كما يتعود مخالطوه من الاصحـــاء على ذلك وعـدم النفور منه اومجانبته .

اما فى الحالات المفتوحة الايجابية للفحص الميكروسكوبى لميكروب الجذام وهى الحالات العقدية ، وسلبية اختبار لبرومين - فانها تعزل فى مستشفيات خاصة ، ولفترة محددة حتى تصبح خالية من الميكروب أو فى جناح يلحق بالمستشفى العام بعيدا عن باقى المرضى .

وفى حالات الجذام المتفاعل ، أو الذى يتطلب علاجا جراحيا او طارئا ، فانه ينصح بالعزل مؤقتا ، حتى يزول السبب الطارىء الذى ادى الى ضرورة اسعاف مريض الجذام كغيره من المرضى .

تأهيل المريض : وذلك تمهيدا لعودته للمجتمع ، وعلاج مخلفات المرض باجهزة مساعدة أو جراحة تعويضية أو تجميلية ، لتذهب عنه آثار المرض وبصماته ، حتى لاينفر منه الناس واشعار الجمهور بان المريض قد شفى ويمكنه ممارسة عمله ، بدلا من أن يكون عالة على المجتمع وأيضا ايجاد العمل المناسب له بعد ثبوت عجز لعضو من أعضائه ، وقد يصبح مريض الجذام بتعليمه مهنه تناسبه مفيد للمجتمع حيث نرى كثيرا من الصناعات والأعمال يقوم بها المجذوم بعد شفائه .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من

مناقشات يوصى بالآتى :

* تكثيف التوعية بالاساليب المناسبة ، سواء على المستوى الرسمى أوالشعبى عن طريق الجهات والجمعيات الخاصة المعنية على أن يتم ذلك باشراف حكومى .

* ضرورة الاهتمام بالأساليب المختلفة للوقاية من مرض الجذام ، وخاصة بالنسبة للأطفال ، باعتبارهم أقرب الى العدوى من الكبار ، لنقص المناعة ضد المرض عندهم . مع توفير الرعاية الاجتماعية اللازمة للمرضى ، وفقا لأحدث الاساليب العلمية .

* أن يراعى بالنسبة لعزل مرضى الجذام ، ما يأتى :

– جعل العزل للحالات المفتوحة والعقدية فقط ، وهى مصدر للعـــدوى ، حتى يتم خلوها من الميكروب .

– يكون العزل لفترة مؤقتة وذلك لحالات الجذام المتفاعلة ، والتى تتطلب اسعافا كغيرها من الحالات أو جراحات طارئة .

– لا داعى لعزل الحالات المقفولة والدرنية مع علاجها خارجيا ومتابعتها .

* تأهيل الناقهين بما يتناسب وعودة من تم شفاؤهم وخلت انسجتهم من الميكروب الى المجتمع مع اسناد اعمال مناسبة لهم .

* تقديم المعونة لأسر مرضى الجذام – باعتبارهم مخالطين للمريــض – حتى يكونوا فى حالة صحية تمكنهم من رفع مقاومتهم ضد المرض ويجب فحصهم دوريا لعلاجهم عند بدء ظهور أى أعـــراض عليهم .

* حفز الجامعات والمعاهد العلمية لمشاركة الجهات المختصة ، مثل وزارة الصحة فى محاربة مرض الجذام ، حتى يتم استئصاله ، كما تم فى كثير من البلاد المتقدمه .

مع تشجيع اجراء البحوث الخاصة بهذا المرض لتوطنه ببعض البلاد العربية .

تطوير العلاج الطبى

على الرغم من أهمية الوقاية من الأمراض إلا أن العلاج سيظل الدعامة الاساسية فى سياسة الخدمة الصحية نظرا لارتباطه المباشر والواضح بصحة الأفراد والظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية التى تحيط بهم فى حالة المرض والعلاج .

وتوجد حاليا ثلاثة أنواع رئيسية للخدمات العلاجية فى مصر هى :

– الخدمات العلاجية الحكومية المجانية بدءا من الرعاية الاساسية او الاولية فى الريف والحضر ثم المستشفيات المركزية والعامة والمستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد بالاضافة الى مستشفيات تابعة لوزارات وهيئات غير وزارة الصحة .

– خدمات القطاع العام العلاجية وتشمل التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية وأقسام العلاج بأجر فى المستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد التخصصية والمستشفيات العامة .

– القطاع الخاص فى العلاج ويشمل العيادات الخاصة للأطباء والمستشفيات الخاصة ومنها المستشفيات الاستثمارية .

وفيما يلى عرض للاوضاع المختلفة لهذه القطاعات :

أولا :الخدمات العلاجية الحكومية

يمكن تقسيم الخدمات العلاجية الحكومية الى أربعة أقسام هى :

خدمات الرعاية الأساسية :

بدأ انشاء مراكز الرعاية الأولية فى الريف فى عام ١٩٤٢ حيث صدر قانون تحسين الصحة القروية الذى شمل انشاء مجموعات صحية، بحيث تنشأ مجموعة صحية لكل ١٥ الفا من السكان وذلك لتوفير الرعاية الطبية لهم الى جانب العمل على رفع المستوى الصحى بصفة عامة ، على ان تضم المجموعة عيادة خارجية وقسما داخليا يشمل مابين ١٥ إلى ٢٠ سريرا لمعالجة الأمراض الشائعة وخاصة الأمراض الطفيلية والمتوطنة الى جانب خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ، وقد استمر انشاء هذه المجموعات حتى بلغت ٢٢٧ مجموعة عام ١٩٥٢ وبقيام ثورة ٢٣ يوليو وانشاء مجلس الدائم للخدمات عام ١٩٥٤ تقرر انشاء الوحدات المجمعة التى تعمل على ارساء برامج متكاملة للتنمية وتضم المجموعة الصحية والمدرسة ومركز التنمية الاجتماعية ومركز التنمية الزراعية وقد تم انشاء ٣١٥ وحدة مجمعه .

وفى عام ١٩٦٢ ظهرت فكرة جديدة لتعميم الخدمة الصحية فى الريف فى صورة وحدات ريفية لاتحوى أقساما داخلية ، بحيث تكون هناك وحدة ريفية لكل خمسة آلاف من السكان ، وتؤدى هذه الوحدات خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وعلاج الأمراض البسيطة فى العيادة الخارجية ، وذلك بالاضافة الى اعباء التثقيف الصحى وتحسين البيئة وتنظيم الاسرة ومكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة .

وفى عام ١٩٧٦ بدىء فى مشروع لتطوير المجموعات الصحية إلى مستشفيات قروية وذلك لتقديم الخدمات العلاجية على مستوى الاخصائى مع الاستخدام الفعال لأسرة هذه المجموعات والتى تبلغ حوالى ٧٥٠٠ سرير وتقديم خدمات تشخيصية مثل الأشعة وبعض الفحوص المعملية ، وقد تم حتى الآن تطوير ٥٥ مجموعة لتصبح مستشفى قرويا على هذا المنهاج تضم ١٥٢٢ سريرا .

وتعانى هذه الوحدات من قصور فى أداء خدماتها لغياب دور الطبيب الملتزم المقيم اقامة دائمة ولوجود نسبة كبيرة من الطبيبات فى هذه الوحدات وسماح الوزارة لهن بالحصول على راحة يوم الجمعة ومغادرة مقر العمل ثلاثة أيام اسبوعيا .

وتبين احدى الدراسات ان متوسط ساعات عمل الطبيب فى الوحدة الريفية ٣٥.٧ ساعة اسبوعيا يقضى منها ١٢.٣٦ ساعة فى العمل الادارى ، ١.٤٥ ساعة فقط فى العمل الوقائى ، والباقى وقدره ٢١.٢١ ساعة يقضيه فى العمل العلاجى .

وتعانى الخدمات الاساسية من عدم الاقبال على وظائفها الاشرافية ومن حاجة مبانى الوحدات الى الترميم والاصلاح والصيانة ، بالاضافة الى قصور ميزانية الأدوية لهذه الوحدات .

وعلى الرغم من هذا فقد كان تأثير الخدمة الصحية فى الريف ظاهرا فى انخفاض معدل الوفيات من ٢٣.٨ (فى الالف) عام ١٩٤٦ الى ١٦.٩ عام ١٩٦٠ والى ٥١.١ عام ١٩٧٠ والى ٢١.١ عام ١٩٧٥ والى ١٠.٨ عام ١٩٨٠ ، وانخفاض وفيات الاطفال من ١٠٩ الف طفل عام ١٩٦٠ الى ٧٢ لكل الف طفل عام ١٩٨٠ .

على أن من أسس الرعاية الصحية الأساسية وجود نظام محكم للاحالة والتغذية المرتدة بمعنى أن يكون فى امكان طبيب الوحدة تحويل المرضى الى المستويات الأعلى للخدمة ، ثم يعود اليه المريض بعد ذلك ليقوم طبيب الوحدة بمتابعة الحالة والعلاج ، ولم يتوفر ذلك حاليا كما أن النظام المنشود والذى يتضمن أن يعمل من خلاله اخصائيون وجراحون فى المستشفيات القروية ويقومون ايضا بزيارات للوحدات لم يتحقق على الوجه الأكمل ، بل ان المستشفيات القروية قد ألغت الأسرة الملحقة بها واستعمل بعضها لاسكان الاطباء وبخاصة الطبيبات .

وفيما يختص بميزانية الوحدة الصحية الريفية يبلغ الصرف على الباب الثانى ثلاثة آلاف جنيه فى العام (٨٢/٨١) كما أن ميزانية الدواء فى الوحدة ٦٥٠ جنيه فى العام ، فى حين أظهرت دراسة اجريت عام ١٩٧٢ ان متوسط استهلاك الأدوية فى احدى القرى عام ١٩٧٢ كان ضعف هذا المبلغ ، ولا شك انه الآن قد تضاعف مرة اخرى على الأقل ، وهذا مما يؤدى الى نفاد الدواء فى كثير من الأحيان .

هذا وتضم خدمات الرعاية الاساسية ايضا وحدات فى المدن تشمل ١٧ عيادة ، ١٢٤ عيادة احياء ، ومهمتها هى نفس مهمة وحدات الريــف ، وهى لاتضم اقساما داخلية .

المستشفيات المركزية والعامة :

تشكل المستشفيات المركزية (فى عواصم المراكز) والعامة (فى عواصم المحافظات وبعض المراكز الكبرى) خط الدفاع الثانى فى الخدمات العلاجية .

ويلغ عدد هذه المستشفيات (١٩٨٥/٧/١) ١٨٣ مستشفى تضم ٢٤.٢٧٥ سريرا ويبين الجدول التالى تطور اعداد هذه المستشفيات وعدد الاسرة .

السنة	السكان	عدد المستشفيات	عدد الاسرة	سرير لكل عشرة الاف
١٩٥٠	٢٠مليون	١٠	٥٠٨٩	٢.٤٩
١٩٦٠		١٢٣	٨٥٢٦	٣.٢٧
١٩٧٠		١٦٢	١٩٧٨٥	٥.٩٩
١٩٨٠		١٦٥	٢١٥٦٢	٥.١٠
١٩٨٥	٥٠ مليون	١٨٣	٢٤٢٧٥	٥.٠٣

ويوضح الجدول السابق حدوث تناقص فى عدد اسرة هذه المستشفيات بالنسبة للسكان اعتبارا من عام ١٩٧٠ وحتى الآن .

وقد بلغ عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية بهذه المستشفيات العامة والمركزية ١٦.٢٥٧.٤٤٤ مريض ، خلال عام ١٩٨٤ وعدد المرضى الذين عولجوا بالأقسام الداخلية ٨٥٦.١٧١ مريض، وكانت نسبة شغل الأسرة ٦٣ ٪ ومدة الاقامة متوسطها ستة أيام .

ويمكن ان يضاف الى المستوى الثانى من الخدمات العلاجية الحكومية - المستشفيات الحكومية المتخصصة وتشمل ٤ مستشفيات متخصصة للولادة والاطفال ، تضم ٣٨٤ سريرا ، و ٨ مستشفيات للأمراض العقلية تضم ٦٥١٥ نزيلا و ٢٤ مستشفى للأمراض الصدرية تضم ٧٠٤٦ سريرا و ٣٦ مستشفى للرمد تضم ١٥٤٦ سريرا وخمسة مستشفيات للأمراض المتوطنة تضم ٨٣ سريرا و ٧٩ مستشفى للحميات تضم ٧١٧٠ سريرا ، ٣٦ مستشفيات للجذام تضم ١٣٧٠ سريرا كما ان هناك ٦ مستشفيات تابعة للصحة المدرسية وتضم ٦٣١ سريرا .

هذا بالاضافة الى وجود مستوصفات للأمراض الصدية و عيادات للصحة النفسية والأمراض الجلدية والرمد والأمراض المتوطنة والجذام ومجموعات للصحة المدرسية تعمل كعيادة خارجية ولا تضم اية اسرة ويبين الجدول التالى نشاط المستشفيات العامة والمركزية والتخصصية خلال عام ١٩٨٤

النوع	عدد المترددين على العيادات	عدد المرضى بالاقسام الداخلية
العامة والمركزية	١٦.٢٥٧.٤٤٤	٨٥٦.١٧١
الرمــــــد	٢.٣٢٣.٢٧٠	٢٣.٩٨٣
النفسية والعقلية	١١٢.٩٩٢	٨.٠٥٩
الصدريـــة	٥٢١.٨٧٩	٢٢.٣٨٦
الحميـــات	٢.٤٥١.١١٠	١٦١.٥٨٧
المجمـــوع	٢١.٧٧٦.٦٩٥	١.٠٧٢.١٨٦

ويتراوح الانفاق السنوى على السرير فى هذه المستشفيات مابين

٣٦٠ الى ٧٠٠ج سنويا بمتوسط ٦٠٠ جنيه سنويا للسرير شاملا تقديم الوجبات الغذائية للمريض ومصاريف الدواء والمستلزمات الطبية ، ومن الواضح ان هذا الانفاق فى ظروف التزايد المستمر فى الأسعار ، لايمكن ان يقدم خدمة على المستوى المطلوب .

المستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد :

تقوم المستشفيات الجامعية الى جانب وظيفتها فى التعليم والبحث ، بجزء هام من الخدمات العلاجية للمواطنين ويزداد الاقبال عليها نظـرا لما يدركه المواطن من ارتفاع المستوى العلمـــى للاداء بها، ويبلغ عـــدد الاسرة فى هذه المستشفيات ١٣.٢٠٩ سريرا فى ٢٥ وحدة علاجية .

ولا شك ان المستشفيات الجامعية قد حازت على ثقة المواطنين فى الريف والحضر نظرا لارتفاع المستوى العلمى للأطباء العاملين بها من أعضاء هيئة التدريس والأطباء المقيمين ومما يدل على ذلك انه لوحظ ان ٦٥ ٪ من المترددين على العيادة الخارجية لجامعة القاهرة هم من سكان الريف ، كما ان من بين هؤلاء ٥٤ ٪ قد قصدوها مباشرة دون المرور على وحدة اساسية أو مستشفى مركزى ، أو عام ، رغم توفر هذه الخدمات فى المناطق التى قدموا منها .

واذا أخذنا مستشفيات جامعة القاهرة ، وهى أكبر المستشفيات الجامعية ، كمثال نجد أن عدد الاسرة بها فى عام ١٩٨٥ يبلغ ٢٨٣٩ سريرا ، وانه قد تردد على العيادات الخارجية فى هذا العام ٨٧٨.٥٨٢ مريضا عدا ١١٤.٤٥٥ ترددوا على أقسام الاستقبال ويعمل بهذه المستشفيات ١٤٤٤ من الأطباء كل الوقت والأطباء النواب وأطباء الامتياز ، عدا أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب والذين يشرفون على العلاج وقد بلغ عددهم ٩١٩ ، وتبلغ تكلفة السرير سنويا ٥٤٨٢ جنيها اى حوالى ١٥ جنيها يوميا ويبلغ الانفاق الجارى ٢٩١٢.٨٠ سنويـــا (اى بمتوسط تكلفة ٧ جنيه للسرير يوميا) .

وتضم الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية التى انشئت عام ١٩٧٥ ، ثمانية مستشفيات تعليمية بالقاهرة والمحافظات تضم ٣٥٠٧ سريرا (عدا اسرة مستشفى المطرية) ، كما تضم الهيئة معهد المناطق الحارة ومعهد جراحة القلب والصدر ومعهد الرمد ومعهد شلل الاطفال ومعهد السمع والكلام وتضم ٦٢٦ سريرا (بالاضافة الى معهدين بحثيين غيراكلينكيين) ، وتعد هذه المستشفيات امتدادا للمستشفيات الجامعية فى المجال الصحى نظرا لأن معظم اطبائها من المؤهلين بالدرجات العلمية العالية .

ويبلغ معدل صرف السرير فى الهيئة ١٥٠٩ جنيها سنويا (أى بمتوسط ٥ جنيه يوميا) .

المستشفيات التابعة لوزارات وهيئات اخرى :

وبالاضافة الى الخدمات العلاجية التى تقدمها وزارة الصحة ، والمستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد البحثية فهناك وزارات اخرى تقدم هذه الخدمات وهى :

– السكة الحديد : ويضم مستشفاها ٤٢٣ سريرا كما تقدم عياداتها الخارجية خدماتها فى مختلف التخصصات للعاملين فى قطاع النقل عامة ولأسرهم .

– الشرطة : وتضم مستشفياتها ٢١١ سريرا بالاضافة الى عيادات خارجية بعضها يقدم الخدمة الى الجمهور .

– السجون : وتضم مستشفياتها ٧٦٨ سريرا ، وتقدم الخدمة لنزلاء السجون .

– مستشفيات طلبة الجامعات : وتضم ١٧٦ سريرا بالاضافة الى خدمات العيادات الخارجية للطلاب .

– هيئات أخرى : تضم ١٠٦٦ سريرا منها مستشفى هيئة النقل العام ، ومستشفى شركة المحلة ، وشركة البيضا وغيرها من شركات القطاع العام .

ثانيا : القطاع العام فى العلاج

ويشمل هذا القطاع ما يلى :

التأمين الصحى :

يقوم التأمين الصحى بتقديم الخدمة العلاجية التأمينية . بالاضافة الى علاج اصابات العمل والفحص الدورى الطبى على العاملين المعرضين للاصابة باحد الامراض المهنية .

وأساس التأمين مساهمة المنتفع بنسبة مئوية من اجره ومساهمة رب العمل سواء كان الحكومة او القطاع العام او القطاع الخاص بنسبة اخرى فالمنتفعين بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ (المعدل للقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤) يدفعون ١ ٪ من اجورهم ورب العمل ٣ ٪ فى القطاع الحكومى والعام و ٤ ٪ فى القطاع الخاص ، ويطبق هذا النظام الآن على حوالى ١.٤٨٢.٠٠٠ منتفع من العاملين بالجهاز الادارى للدولة وعمال القطاع العام والخاص موزعين على محافظات الجمهورية .

أما المنتفعون بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ للعلاج التأمينى فهم يدفعون ٠.٥٪ من اجورهم ويدفع صاحب العمل ١.٥ ٪ وذلك بالاضافة الى الرسوم الزهيدة التى يتحملها المنتفع عند طلب الخدمة بمراحلها المختلفة ، ويبلغ عدد المستفيدين بهذا النظام حاليا بجميع محافظات الجمهورية ١.٤٦٠.٠٠٠ عامل .

وبالاضافة الى هذا يستفيد ١١٣ الف منتفع من أصحاب المعاشات والأرامل ، و١١ الف منتفع من أسر المؤمن عليهم واصحاب المعاشات أى أن التأمين الصحى يغطى فى مجمله حوالى ٣ مليون فرد (أى حوالى ٦ ٪ من سكان الجمهورية) . وقد بلغ عددالمستشفيات المملوكة للهيئة ٣٥ مستشفى عام ١٩٨٤ ، بلغت سعتها ٣٨٤٠ سريرا ويبلغ عدد الأسرة المملوكة للهيئة ٤.٢ ٪ من مجموع الاسرة فى الجمهورية ، وقد قبلت هذه المستشفيات عام ١٩٨٤ ايضا ٩٢.٧٨٠ مريضا (أى أن السرير يخدم فى المتوسط حوالى ٢٤٠ مريضا) .

ويبلغ متوسط الانفاق السنوى على السرير فى الهيئة ٢٠٤٩ جنيها ويبلغ ما يتكلفه المنتفع بالقانون ٧٩ فى المتوسط ٢٠.٧ جنيه سنويا والمنتفع بالقانون ٣٢ حوالى ١٠ جنيهات (حيث انه يساهم فى بعض نفقات العلاج) ، اما تكلفة المنتفع من ارباب المعاشات فكانت فى المتوسط ٦٠ جنيها سنويا ، وبالنسبة للأسر كانت تكلفة كل فرد فى الأسرة فى المتوسط ٧.٣٩٢ جنيها سنويا .

المؤسسة العلاجية :

انشئت المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة عام ١٩٦٤ لتضم المستشفيات التى اممت فى ذلك الحين والتى كانت تابعة للجمعيات الخيرية والأهلية ، وتضم المؤسسة عشرة مستشفيات يبلغ عدد اسرتها ٢٣٣٤ سريرا ، منها ٤٥٥ أى حوالى ٢٠ ٪ بالمجان للمواطنين غير القادرين وتقوم الدولة بسداد نفقات علاجهم إلى المؤسسة من الموازنة العامة ، والباقى بأجور مرشدة ومناسبة لشرائح الدخول المختلفة ، بالاضافة الى انها تتيح للأطباء ادخال حالاتهم الخاصة فى مستشفياتها وفقا للأجور المرشدة لمرافق هذه المستشفيات .

وتقوم المؤسسة حاليا بانشاء ثلاثة مستشفيات جديدة وهى مستشفى معهد ناصر بطاقة ٨٥٠ سريرا ومستشفى الهرم ويسع ٦٠٠ سريرا ، كما تقوم باعادة بناء مستشفى الهلال الأحمر للعظام والاصابات ليضم ٢٢٠ سريرا .

وقد بلغ عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية للمؤسسة فى عام (٨٥/٨٦) ٦٢٧.٢٣٩ مريضا ، كما بلغ عدد مرضى الاقسام الداخلية ٦٤.٦٢٩ مريضا بلغت نسبة الحالات المجانية والحوادث منها ٢٥.٥ ٪ .

هذا ويعمل بالمؤسسة من الأطباء ٣٤٥٠ طبيبا ، بمعدل ٢.٨ طبيب أخصائى وموظف لكل مائة سرير و١٨.٣ طبيب متعاقد و١١.٢ طبيب مقيم لكل مائة سرير .

ويبلغ متوسط تكلفة السرير فى المؤسسة بالنسبة للاستخدام للأسرة المجانية ٢٥٢٠ جنيها وبالنسبة للأسرة بأجر ٣٤٤٥ جنيه فى العام (أى

بمتوسط يومى قدره ٨.٤ جنيه للسرير المجانى و١١.٣ جنيه للسرير بأجر) .

وأنشئت المؤسسة العلاجية لمحافظة الاسكندرية عام ١٩٦٣ لتضم خمسة مستشفيات أكبرها مستشفى المواساة ،وقد تم تحويل المؤسسة الى هيئة اقتصادية عامة بدءا من عام ١٩٨٢ وتبلغ عدد الأسرة فى مستشفياتها ٨٥٦ سريرا .

أقسام العلاج بأجر فى المستشفيات الحكومية :

بدأت بعض المستشفيات الجامعية فى المساهمة فى القطاع العام للعلاج اما عن طريق تخصيص مستشفيات يكون معظم اسرتها وخدماتها بأجر مثل المستشفى التخصصى بجامعة عين شمس وقسم الطب النووى بجامعة القاهرة ومستشفى الأطفال الجديد بجامعة القاهرة ، او بتخصيص جزء من نشاطها للعلاج بأجر مثل قسم جراحة القلب والصدر بجامعة القاهرة .

وقد خصصت بعض المعاهد والمستشفيات التعليمية التابعة للهيئة العامة اقساما للعلاج الخاص بأجر منها معهد جراحة القلب والصدر بامبابة والمعهد الرمدى بالجيزة ومستشفى روض الفرج . كما يوجد نظام ميسر للعلاج بأجر رمزى فى باقى المستشفيات الحكومية يسمى العلاج الاقتصادى وتخصص له بعض الأسرة التى لا تزيد عن ٢٠ ٪ من مجموع اسرة المستشفى ، والأسعار الرمزية التى وضعت لاتمثل فى الحقيقة الا جزءا لايذكر من الانفاق الحقيقى ، كما أن انخفاض العائد من هذه الاجور وبالتالى انخفاض الحوافز تقدم للأطباء العاملين بهذا النظام وانخفاض العائد على صندوق تحسين الخدمة بالمستشفى قد أدى الى عدم الاهتمام بهذا النظام والى انصراف الأطباء المؤهلين عن المشاركة فيه وانتهى به الأوامر الى أن أصبح لايتميز كثيرا من العلاج المجانى .

ثالثا : القطاع الخاص فى العلاج :

يشكل القطاع الخاص فى العلاج ، سواء العيادات الخاصة للاطباء او المستشفيات ومراكز التشخيص والعلاج الخاصة ومنها الاستثمارية شريحة هامة من الخدمات العلاجية تساهم فى أداء الخدمة للقادرين ومتوسطى الدخل ، بل ولمحدودى الدخل بشكل فعال وقد بدأت هذه المساهمة فى الازدياد المتواصل فى الأعوام الأخيرة نتيجة التوسع فى انشاء المستشفيات الخاصة .

ويبلغ عدد العيادات الخاصة فى جمهورية مصر العربية (١٩٨٥ – ١٩٨٦) – ٢٠٨٤٥ عيادة خاصة ، ويلاحظ ان اغلبها فى القاهرة ، حيث بلغ عدد العيادات فى القاهرة ١٥ الفا وفى الاسكندرية ١٠٣٣ عيادة ، فى حين توجد فى جميع المحافظات الأخرى ٤٨١٢ عيادة ومن المعلوم أن الاغلبية العظمى من الأطباء العاملين فى عياداتهم الخاصة يعملون ايضا فى القطاع الحكومى .

ويبلغ عدد المستشفيات الخاصة فى الجمهورية حاليا ١١٧٢ مستشفى خاص منها الف فى القاهرة و ٢٠ فى الاسكندرية وتتراوح هذه المستشفيات ما بين وحدات متواضعة تضم عددا من الاسرة الى مستشفيات استثمارية رفيعة المستوى ذات اقسام متعددة ويبلغ عدد المستشفيات والمنشآت طبقا لقانون الاستثمار حتى نهاية عام ١٩٨٤ عشرين منشأة .

وتتباين هذه المستشفيات من مستشفيات كبيرة ذات أقسام متعددة ومستشفيات ذات تخصص معين ومراكز لفحوص متعددة ويتراوح عدد الاسرة فى هذه المستشفيات ما بين ٥٠ الى٤٠٠ سرير ، كما يظهر التفاوت الواضح فى تكلفة السرير .

ولقد انعكس الارتفاع المستمر فى نفقات المعيشة ، وارتفاع اسعارالخدمات عامة على الأجور التى يتقاضها الأطباء سواء للكشف فى عياداتهم الخاصة او نظير اجراء الفحوص والجراحات فى المستشفيات الخاصة ، مما دعا وزارة الصحة ، بناء على الاتفاق مع النقابة ، الى وضع جدول بالحد الأقصى لأتعاب كشف الأطباء على المرضى المصريين بالعيادات الخاصة ، وتحديد اتعاب العمليات .

ويصرف النظر عن امكان فرض نظام للتعامل بين المريض وطبيبه او جراحه ، فان التطبيق العملى قد اثبت أن هناك بعض التجاوزات فى الالتزام بهذا القرار وأن اتعاب الأطباء والجراحين فى القطاع الخاص بوجه عام ، تمثل عبئا يثقل كاهل المواطنين الذين يلجأون اليه .

وبالنسبة للمستشفيات الخاصة وخاصة الاستثمارية منها فلا شك انها اتاحت خدمة متميزة للفئات القادرة من المرضى من حيث الفندقة عالية المستوى والاهتمام بالنظافة والغذاء وخدمة التمريض وهى امور هامة ، كما يسرت وسائل تكنولوجية طبية متقدمة للتشخيص والعلاج مما اتاح اجراء بعض الفحوص والقيام ببعض الجراحات الدقيقة التى كانت تستدعى العلاج بالخارج ، ولكن اسعار الاقامة فى هذه المستشفيات ، وكذلك أسعار الخدمات التشخيصية والعلاجية والخدمات الجراحية والتخديرية والاشعاعية والمعملية قد أصبح بينها وبين الاسعار التى سادت من قبل فجوة كبيرة .

كما أن بعض هذه المستشفيات يغالى فى أسعار بعض الخدمات وخاصة ما يتصل بعدم الالتزام بالاسعار المعلنة عند تقديم الحساب النهائى .

وقد قامت بعض المؤسسات والهيئات بانشاء خدمات علاجية ، مماببن مستوصفات متواضعة الامكانات ، وبين مراكز ومستشفيات ضمت امكانات متقدمة فى التشخيص والأشعة المقطعية والخدمات المعملية وغيرها بأسعار مناسبة ، وهى بهذا تسهم فى تقديم خدمة طبية خاصة باسعار غير مغالى فيها - ومع ان مثل هذه المراكز جديرة بالتشجيع الا أنها وغيرها من المستوصفات ومراكز العلاج التى يقيمها الافراد او الجمعيات يجب أن تخضع لاشراف فنى دقيق ضمانا لمستوى الأداء .

معوقات الخدمات العلاجية :

يتميز العلاج المجانى فى مصر على غير ما يجرى فى معظم بلاد العالم بأنه يقبل المتقدمين اليه بصرف النظر عن قدراتهم المالية ذلك أن سياستنا العلاجية قد استقرت منذ عشرات السنين على أن الرعاية العلاجية حق لكل مواطن وأن على الدولة أن تقدم هذه الرعاية لمن يطلبها دون مقابل .

ومع ذلك فان الدولة مطلوب منها أن تقدم هذه الخدمات ، بميزانية متواضعة فميزانية وزارة الصحة بالنسبة الى اجمالى ميزانية الدولة قد انخفضت من ٤.٢ ٪ عام ١٩٤٠ ، و٤.٦ ٪ عام ١٩٦٠ إلى ٣.٥ ٪ فى العام ٨٥/٨٦ ، أما نصيب الفرد من الانفاق الصحى الحكومى فى عام ٨٥/٨٦ فلا يزيد عن ٢٨٨ ، ٨ جنيها في العام مع الأخذ فى الاعتبار أن تزايد عدد الأطباء العاملين بوزارة الصحة - والذى بلغ فى ١/١/١٩٨٥ (٢٩.١٧٨) طبيبا بشريا ، (٤٩٢١) طبيب اسنـــان ، (٣٨٠٤) صيدليا ، عدا باقى الفئات العاملة - يمثل عبئا على ميزانية الوزارة ستنفذ جزءا كبيرا منها اذ بلغت نسبة الانفاق على الباب الأول (مرتبات وأجور) عام ١٩٨٥ / ١٩٨٦ - ٦٧.٤ ٪ بحيث لم يترك الا القليل للانفاق على الانشاءات والتجديد والتجهيزات والصيانة ومعنى ذلك ان الدولة مطالبة بتوسيع مجال الخدمات العلاجية والارتفاع بمستواها بميزانية غير كافية .

وقد كان من نتيجة ذلك معاناة القطاع المجانى بالمستشفيات والعيادات حيث تدهور بمرور الزمن فالانشاءات الجديدة معظمها مؤجل والاحلال والتجديدات لاتجد تمويلا كافيا ، والاجهزة والمعدات لاتستطيع فى كثير من المستشفيات وخاصة فى المستشفيات المركزية والعامة مسايرة التقدم المؤهل والباهظ التكاليف فى التكنولجيا الطبية ، ومرتبات الاطباء والمرضات والعاملين ضئيلة مما يجعل الأطباء ممزقين بين العمل الحكومى والعمل الخاص ، كا أن اعداد المترددين والمقبولين تزيد عن طاقة الوحدات العلاجية مما يجعل الوقت الذى يمكن اعطاؤه للمريض محدودا وغير كاف ،الأمر الذى جعل التشخيص - وخاصة فى العيادات الخارجية - تشخيصا سطحيا ، والخدمات تفتقر الى نظام محكم لتحويل الحالات بين مختلف المستويات والتخصصات ، والتسجيل

والاحصاء الطبى قاصرين .

على أن نواحى القصور فى الخدمات العلاجية الحكومية لايمكن ان تعزى كاملة الى نقص الاعتمادات المالية او العوامل الاقتصادية ، وعلينا ان نعترف ان زيادة التزام الأطباء والعاملين ، والانضباط فى العمل ، وإحكام الاشراف ، والرقابة الفعالة على الأداء من الناحية الفنية والادارية ، واعمال حوافز الثواب والعقاب ، وحسن الادارة ، يمكن كلها أن تقلل الى حد كبير مما يشكو منه البعض من قصور فى اداء هذه الخدمات .

وكذلك فان العلاج الخاص ، والذى يقوم المريض بسداد نفقاته سواء بالنسبة للأطباء فى عياداتهم الخاصة أو بالنسبة للمستشفيات الخاصة ، قد أصبح فى متناول فئة محدودة من ذوى الدخل المرتفع وحتى هؤلاء أصبحوا يشكون من عدم قدرتهم على الوفاء بالالتزاماته ، هذا بالرغم مما نلمسه جميعا من اتجاه الفئة المتوسطة ، بل وأحيانا بعض أفراد الفئات محدودة الدخل ، الى اللجؤ لهذا القطاع ، لقلة ثقتهم أو عزوفهم لأسباب اجتماعية عن اللجوء الى القطاع المجانى ، رغم معاناتهم الشديدة فى سبيل تحمل النفقات الباهظة بالنسبة اليهم .

ومايزال التأمين الصحى قاصرا على حوالى ثلاثة ملايين فرد منهم اعداد قليلة من اصحاب المعاشات والارامل وأسر المنتفعين .

ورغم وجود فائض متزايد فى ميزانية هيئة التأمين كل عام ، يقدر حاليا بتقديرات تتراوح ما بين ١٢٠ ،١٨٠ مليونا من الجنيهات – يأتى الجزء الاكبر منه من الرسوم المخصصة لاصابات العمل – فان توسع الهيئة حاليا فى قبول أرباب المعاشات والارامل وأسر المنتفعين اذا استمرالحال الى المعاشات فى دفع ١ ٪ من معاشه فحسب دون أى مساهمة من صاحب العمل ، واذا دفعت الأرامل ٢ ٪ من المعاش فحسب دون اى مساهمة أحرى كما يجرى عليه العمل الآن – فان حصيلة التأمين الصحى للمحالين الى المعاش لن تتجاوز حوالى ٦ جنيهات للفرد فى حين ينتظر ان يتكلف الفرد حوالى ١٠٠ جنيه أى عدة اضعاف ما يدفع ، وفى هذه الحالة فان الهيئة لايمكنها تغطية هذه الخسارة اما بالنسبة للعائلات والتى ستدفع نصف فى المائة زيادة على نصيب المنتفع الحالى فسوف يكلف الهيئة اعباء باهظة اويتدنى مستوى الخدمة بشكل يكاد يهبط بها الى مستوى الخدمة المجانية .

ويلاحظ ان نسبة مساهمة المنتفعين بالتأمين الصحى منخفضة حاليا بالمقارنة بالنسبة المتعارف عليها فى بلدان العالم والتى تتراوح بين ٨–١٥ ٪ من الأجر ولما كان من غير المتوقع فى الظروف الاقتصادية الحالية ان تتحمل الدولة كصاحب عمل زيادة نصيبها فى التأمين يصبح من المحتم دراسة زيادة النسبة التى يتحملها المنتفع بحيث لا تقل عن٣٪ من الأجر وتلك نسبة لاشك ان الغالبية العظمى سوف تتقبلها مقابل تمتعها برعاية علاجية مرتفعة المستوى ، والبديل عن ذلك ، هو رفع الرسوم التى يدفعها المنتفع عند الحصول على الخدمة ومن ثمن الدواء ، ويجب على أى حال تعميم مساهمة المنتفع على المتمتعين بالتأمين الصحى جميعا وهذا لايساعد على زيادة الحصيلة فحسب بل يعمل على ترشيد الاستخدام او استهلاك الدواء فى حدود صالح المريض والصالح العام معا .

أما بالنسبة لأصحاب المعاشات والأرامل فلابد من اعتبار ان الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية أوالهيئة العام للتأمين والمعاشات هى التى تمثل صاحب العمل فى هذه الحالات وعليها ان تساهم بالنسب المقررة فى رسوم التأمين الصحى

أما فيما يتصل بتطبيق التأمين الصحى على سكان الريــف ، فيلاحظ انهم اليوم ليسوا اقل الفئات دخلا ، كما ان الكثيرين منهم يلجأون الى الاطباء والمستشفيات العامة والخاصة فى المراكز والعواصم وتكمن الصعوبة فى تحديد مقدار مساهمة المنتفع بنسبة من دخله غير المسجل بدقة غير انه توجد الآن فى كل قرية بنوك للقرية او جمعيات تعاونية تقدم للمزارعين حاجتهم من السماد والبذور و المبيدات الحشرية وغيرها كما تقوم بتسويق حاصلاتهم ويمكن أن تصبح اداة جمع

اشتراكات المزارعين فى أى نظام للتأمين تبعا لنسبة معينة من معاملاتهم معها وقد ذكرت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية مؤخرا أنها قد اتمت حصر العمال الزراعيين والفئات المختلفة من سكان الريف ، لتطبيق التأمينات الاجتماعية عليهم ، ولاشك ان هذا سيزيل صعوبات تطبيق التأمين الصحى .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها من مناقشات ، وتأكيدا لماسبق أن أوصى به المجلس فى دوراته السابقة بشأن التأمين الصحى والرعاية الطبية وانتهى اليه بتقرير تطوير التعليم الطبى الذى عرض فى هذه الدورة يوصى بما يلى :

* التركيز فى المرحلة القادمة عل الاحلال والتجديد بالنسبة للمستشفيات القائمة بالفعل وتحديثها بالمعدات والاجهزة المتطورة .

مع الاستفادة الكاملة من مختلف المنشآت الصحية الحالية ، كمكاتب الصحة وغيرها فى استكمال بعض أوجه النقص فى المستشفيات .

* ضرورة اعطاء اولوية لتطوير الادارة الطبية ، ومن ذلك ربط الوحدات المحلية بالمستشفيات العامة خاصة بعد أن اتضح أن من بين الأسباب الرئيسية لسؤ الخدمة فى المستشفيات الحكومية انعدام الرقابة الجدية بعد ان انحسرت رقابة وزارة الصحة المباشرة عليها بحكم سريان قانون المحليات .

* توسيع رقعة القطاع العام فى العلاج الذى يساهم فيه المنتفع بقدر من نفقات العلاج مما يخفف العبء على الدولة لتوجيه الموارد المتاحة فى ميزانيتها الى الفئات غير القادرة ، والعمل على ترشيد القطاع الخاص فى العلاج دون أن يفقد هذا النمط من العلاج مزايـــــاه .

* يجب أن تمتد مظلة التأمين الصحى لتضم أعدادا متزايدة من المنتفعين فى كل عام بحيث تصل الى تغطية جميع العاملين فى الحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص وكذلك المحالين الى المعاش وأسرهم باعتبار أن الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية أو الهيئة العامة للتأمين والمعاشات هى التى تمثل صاحب العمل بالنسبة لهذه الفئة وعليها أن تساهم بالنصيب المقرر فى رسوم التأمين الصحى ، باعتبار أن الرعاية الصحية تعد التزاما وتكريما ماديا وأدبيا لمن أمضوا سنى حياتهم فى خدمة الدولة .

* دراسة تطبيق التأمين الصحى على سكان الريف على أن تقوم بنوك القرى أو الجمعيات التعاونية التى يتعامل معها الزراع بتحصيل الاشتراكات تبعا لنسبة معينة من معاملاتهم معها خاصة بعد أن قامت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية باتمام حصر العمال الزراعيين والفئات المختلفة من سكان الريف مما يزيل صعوبات تطبيق التأمين الصحى عليهم .

* تشجيع قيام أنماط جديدة من التأمين الصحى الخاص لذوى الدخول فوق المتوسطة والعالية يتيح - وبضوابط - حرية أكبر فى اختيار الطبيب والمستشفى ، ويمكن تطبيقه بمساهمة جهة العمل لفئات معينة مثل المهنيين وأعضاء هيئات التدريس وغيرهم .

* عدم اعفاء أى مواطن من الاشتراك فى نظام التأمين الصحى ، واعتبار التأمين الصحى الخاص الذى تقدمه بعض الهيئات والمؤسسات والمصانع مكملا للتأمين الصحى وليس بديلا عنه بحيث لايحرم التأمين الصحى من مصادر تمويلية تخصص لغير القادرين من المستفيدين به .

* دراسة زيادة النسبة التى يتحملها المنتفع من التأمين الصحى فى مقابل تحسين الخدمة التى تقررها الهيئة .

* استغلال فائض الأموال لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى فى تحسين الخدمة العلاجية عن طريق ضم بعض الوحدات العلاجية اليها لاستكمالها وتطويرها .

* احكام الاشراف على المستشفيات الخاصة والاستثمارية ضمانا لالتزامها والحيلولة دون المغالاة فى تكاليف أداء الخدمات الطبية بها ، وحرصا على المستوى الفنى للاداء وذلك باتخاذ الاجراءات التنفيذية

الحازمة لتنفيذ أحكام القانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨٢ الخاص بتنظيم المنشآت الطبية .

* إعداد برامج تدريب تحويلية لاعداد أكبر عدد ممكن من المرضات والمرضين لسد العجز الكبير فى هذه الفئة .

* ان تتولى نقابة الأطباء ووزارة الصحة والجهات الرقابية الاهتمام بأخلاقيات المهنة والتأكيد على حسن معاملة رجال الخدمات العلاجية للمرضى .

* مشاركة الأجهزة التطوعية بالجهود الذاتية فى نشر وادارة الخدمات العلاجية حيث يساعد ذلك على تحسين مستوى الاداء وتخفيف عبء الانفاق الحكومى فى قطاع الصحة

وأخذا بالتوصيات السابقة للمجلس فانه ينبغى اعطاء أولوية لما يلـــى :

* ضرورة اعداد خريطة للاستقصاء الوبائى فى جمهورية مصر العربية تعطى صورة واضحة عن الشكل الوبائى واتجاهاته .

* وضع خطة قومية لاستئصال الأمراض المعدية وفق جداول زمنية محددة .

* سرعة انشاء الهيئة القومية لخدمات نقل الدم والمركز القومى لبحوث واختبارات الدم .

مع التوسع فى انشاء بنوك الدم الاقليمية بحيث تتم تغطية كافة المحافظات تدريجيا .

* تطوير أقسام الاستقبال فى المستشفيات وتزويدها بكافة الاحتياجات من التجهيزات الطبية والقوى البشرية المؤهلة والمتخصصـــة .

* وضع برنامج تنفيذى عاجل لاصلاح وتشغيل وحدات الأسنان التى لاتعمل لعدم صلاحيتها مع انشاء مراكز صيانة أجهزة ومعدات طب الأسنان .

انشاء وحدات رعاية مركزة خاصة بالسموم مع البدء فى اجراء الدراسات اللازمة لانشاء معمل للسموم لخدمة حالات التسمم .

* عمل بطاقة صحية لكل عامل يحدد فيها – منذ بداية عمله – حالته الصحية وما يسفر عنه الكشف الدورى الذى يجرى له لمعرفة تطور حالته المرضية .

تطـــوير التعـــليم الطـــبى

ان ما أدخل من تطوير على التعليم الطبى فى مصرخلال الخمسين سنه الماضية لايقارن بما طرأ من تقدم على العلوم الطبيعية خلال هذه الفترة وما أدخـــل من طرق ومناهج جديدة كان من المفروض أن يؤخذ بها ، فضلا عن أن المعرفة الطبية للطبيب وفقا للمستويات العالمية – تزداد بما لايقل عن ٥ ٪ كل عام اذاما استمر تعليمه وتنخفض بذات النسبة اذا ماتخلف عن التعليم . ومن هنا يكون تطوير التدريب والتعليم واستمرارهما ضرورة للحفاظ على الثروة الطبية فى بلادنا ، خاصة وأن هذه المتغيرات التى حدثت فى مهنة الطب كان لها أثرها العميق فى وضع الهوة بين التعليم الطبى بشكله الحالى فى مصر ومقتضيات الخدمة الطبية الجيدة .

وتتركز أهم هذه المتغيرات فيما يلى :

– التنامى المطرد فى كم المعلومات الطبية والذى يتزايد كل يوم مما

أدى الى معرفة ادق وأكبر عن مسببات الأمراض ووسائل تشخيصها وعلاجها .

– التغير الكبير فى تقديم الخدمة الصحية ، حيث تتحمل الدولة تقديم هذه الخدمة سواء بشكل كامل كما هو الحال فى الدول الاشتراكية وانجلترا – أو من خلال نظم تأمينية مختلفة كما هو الحال فى الولايات المتحدة وبعض الدول الأوربية ، وقد تأمينية مختلفة كما هو الحال فى الولايات المتحدة وبعض الدول الأوربية ، وقد تأثرت دول العالم الثالث بهذه النظم ، كما تعقدت الخدمة الصحية واتسع جهازها واختلفت مستوياتها .

مادعت اليه منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٧ بأن تعمل الدول الأعضاء على توافر الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ وأن الوسيلة لبلوغ هذا الهدف هو مستوى الرعاية الاولية ومن ثم كان التركيز على هذا المستوى من الرعاية الصحية وهو المستوى الذى يمثل الخط الأول للجهاز الصحى والذى يتميز بالالتصاق المباشر بالمجتمع .

وعلى الرغم من أن كليات الطب فى مصر قد تأثرت بهذا التغير العالمى فى مهنة الطب واسلوب ادائها – الا انها عانت ايضا من ظواهر اخرى ساعدت على تدهور العملية التعليمية ، ولعل اهمها :

– قبول اعداد متزايدة فى كليات الطب خلال السنوات الأخيرة مما أدى الى ندرة الاحتكاك المباشر بين الاستاذ والطالب وبالتالى الى التدهور فى اكتساب المهارات سواء فى العلوم الأساسية أو الاكلينيكية والاعتماد اساسا على التلقين بواسطة المحاضرات اوالمذكرات اوكليهما .

– انشاء العديد من كليات الطب الاقليمية دون الاعداد الجيد لها وتوافر المعامل والحد الضرورى من أعضاء هيئة التدريس .

– اختصار الدراسة من اليوم الكامل الى نصف اليوم مما قلل الفرصة أمام بعض الطلاب لاكتساب المهارات والتعليم المباشر على أيدى أساتذتهم .

– بروز ظاهرة عدم الالتزام من بعض اعضاء هيئة التدريس بالتواجد المكثف مع طلابهم مما ساعد أيضا على افتقار الطلاب الى اكتساب المهارات والسلوكيات الطبية الضرورية .

– انتشار ظاهرة الدروس الخصوصية والتى لجأ اليها الطلاب لتعويض النقص واكتساب المعلومات والمهارات وأثر ذلك السيىء على مستويات الخريجين .

أبرز الاتجاهات المستحدثة فى التعليم الطبى :

وتتركز الاتجاهات الحديثة فى التعليم الطبى على تدريب الطلبة فى جميع مراحل الخدمة الصحية المختلفة من خدمة أولية ومستشفيات وخدمة على مستوى متخصص ، ويعتمد هذا النظام بصفة اساسية على النقاط التالية :

– التعميق فى دراسة المشاكل الصحية للأسرة .

– دراسة المشاكل الصحية الموجودة فى القطاعين الريفى والحضرى والقطاعات الخاصة مثل عمال المصانع والمجتمعات التى تعيش فى ظروف خاصة والتعرف عليها .

– ارتباط المنهج الدراسى بنوع من المسح الصحى الذى يهم المجتمع مثل :

الفحوص الخاصة بالأمراض المتوطنة كثيرة الحدوث وكذلك الاهتمام بالتطعيم والتثقيف الصحى والتغذية والعناية بالأطفال والأمهات .

– الاهتمام بصفة خاصة بتدريب الطلبة على المشاكل الصحية ومواجهتها فى مراكز صحية غير مركزية مثل الوحدات الريفية والمستشفيات الصغيرة سواء بالريف أو بالحضر وكذلك المستوصفات التى تقوم على رعاية الاطفال والحوامل ومرضى الدرن والأمراض المتوطنة . وهذه الوسيلة تعتمد على اسلوب خاص في العمل لتدريب الطالب على اسلوب منهجى فى التفكير يساعده فى حل مشكلة طبية ويعتمد هذا الاسلوب التعليمى على تكوين مجموعات طلابية صغيــــــرة (لاتزيد على العشرة) تحت اشراف عضو بهيئة التدريس يقوم على

توجيه الطلبة ووضعهم على الطريق الصحيح اللازم لهذه العملية الديناميكية المستمرة .

ومن أهم خصائص هذه الطريقة :

- الأعداد الصغيرة .

- وجود مكتبة علمية كبيرة بكل ما يصاحبها من تجهيزات تساعد الطالب فى الحصول على المعلومات .

- منهج تعليمى مفصل تفصيلا دقيقا ومتابعا بواسطة أعضاء هيئة التدريس المدربين على هذا المنهج التعليمى .

الدراسات العليا :

يشكل قطاع الدراسات العليا بالمدارس الطبية اهمية بالغة فهو النبع الذى نحصل منه على فيض متدفق من الكفاءات الفنية العالية من أعضاء هيئة التدريس والأخصائيين المدربين كما أن قطاع الدراسات العليا هو من أهم المواقع التى تقوم بالاشراف على البحوث سواء الأكاديمية منها أوالتطبيقية .

ويعتبر قطاع الدراسات العليا من أهم المراكز اللازمة لتنمية القوى البشرية العاملة فى المجال الطبى وترتفع بالتالى أجورها فى أسواق العمل سواء المحلى أو العملى مما يساعد على زيادة الدخل القومى اذ يعتبر من أفضل أنواع الاستثمار وأكثرها عائدا .

وتتميز مرحلة الدراسات العليا عن المرحلة الجامعية الأولى بكثير من الخصائص منها :

- ارتفاع تكاليف الدراسة نظرا للحاجة الى متطلبات معملية ومتطلبات للمكتبة الطبية والدوريات العلمية غالية الثمن .

- اعتماد الدراسة على اشراف مباشر من عضو لهيئة التدريس عالى الكفاءة .

- اعتماد هذه الفترة على اكتساب عمق عملى ومهارات طبية دقيقة .

- هذا بالاضافة الى حاجة طلبة الدراسات العليا الى تدريب مكثف تحت اشراف لصيق لعضو هيئة التدريس .

كما تتميز هذه الفترة بنضج طالب الدراسات العليا بالمقارنة بطلبة المرحلة التعليمية الأولى هذا بجانب ادراكهم لمسئوليتهم في المجتمع وتفهمهم للعائد المادى الذى سيعود عليهم وعلى المجمتع من هذه الدراسات .

من نظم التعليم الطبى المتخصص :

نظام الاشراف المتعدد (النظام التقليدى)

وهو نظام تقليدى ذاتى داخل الكلية يعتمد على قيام عضو هيئة التدريس بالعمل فى مجال الدراسات العليا المرتبطة بتخصصه وذلك حتى لايصاب بالجمود او يضطر لاجراء بحوث علمية خارج نطاق كليته أو معهده الأمر الذى يؤدى الى تشتيت جهوده .

فالفكر التقليدى يؤمن بأن الجمع بين الدراسة الجامعية الأولى والدراسات العليا فى ذات الكلية أو المعهد أمر ضرورى لتكامل البناء الجامعى اذ ان الكلية الجامعية تقوم على دعامتين متلازمتين هما : التعليم والبحث العلمى الذى هو جزء لايتجزأ من الدراسات العليا ويوجه الى هذا النظام عدة انتقادات أهمها أنه يحتاج الى وفرة نسبية فى الامكانات ، فمن الغريب أن تقوم احدى الكليات باعطاء درجة الدبلوم والماجستير ودرجة الدكتوراه فى فروع اكلينيكية مع افتقارها أساسا الى مستشفى على مستوى رفيع يقدم خدمة تدريبية عالية الكفاءة وكذلك يفتقر هذا النظام الى وحدة التخطيط فى الاعداد كما يخلو من التنسيق بين الدراسات العليا المختلفة فى الجامعة الواحدة أو الجامعات المختلفة وكثيرا ماقدمت بحوث للماجستير والدكتوراه بنفس الغرض وذات الموضوع تدرس فى جامعتين مختلفتين .

النظام الموحد الكامل :

وهو نظام يعتمد على انشاء كلية مستقلة للدراسات العليا يكون لها كيان مادى وادارى مستقل لاتتولى فقط الاشراف على الدراسات العليا بل تنهض أيضا بتنفيذها بمعنى أن تكون لها المعامل والمستشفيات التابعة لها وأقسام مستقلة تضم عددا من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين يتولون النهوض بالدراسات العليا والاشراف

علـى البحوث .

ومن الواضح ان هذا النظام يوفر المناخ السليم لتحقيق التكامل العلمى فى التخصصات المختلفة بالتنسيق بين جهود العاملين فى هذا المجال وتكوين الفريق العلمى المتكامل كما انه يساعد على حسن التخطيط وعدم تكرارية البحوث وتزيد من ديناميكية وحيوية المدارس الطبية اذ يكون كوادر متحركة تستطيع أن تعمل فى أية مدرسة طبية.

تنظيم التخصص بواسطة أعضاء المهنة :

ويعنى هذا التنظيم أن تقوم الجمعيات الطبية بالتدريب والتقييم ثم منح شهادات الزمالة فى فروع التخصص وهى شهادات مهنية ليس لها مردود فى السلم الأكاديمى .

التعليم الطبى المستمر :

من الواضح أن التغير السريع فى العلوم الطبية وفى كفاءة تقديم الخدمة يملى على السلطات الطبية المعنية نوعا من المسئولية اذ ان الجماهير اصبحت على درجة من الوعى تتيح القدرة على انتقاد الأداء المهنى والخدمة الطبية ذاتها ولهذا فان من الواجب على السلطات الطبية المعنية ان تشترك فى تطوير الأداء المهنى ومراقبة تنفيذه وهذا وضع أفضل من أن تقوم جهات أخرى بالمراقبة والتقييم ويعتبر التعليم والتدريب الطبى المستمر حجر الزاوية فى هذا الشأن .

– ومن الواضح أن كل الجهود المبذولة فى هذا الوقت فى مجال التعليم والتدريب الطبى موجهة أساسا الى تقديم معلومة طبية حديثة فى حين أن الجزء الهام فى المشكلة هو التدريب على مهارات مستحدثة أو مهارات أساسية .

–كما أن هذا التغير والتحرك فى مستوى المعلومة الطبية والمهارات الجديدة لا يقابل من الأطباء العاملين بالترحيب ودعواهم فى ذلك كثرة أعباء العمل وعدم قدرتهم على اقتطاع وقت لاكتساب معلومات أو مهارات جديدة وهنا يجب على السلطات الصحية ان توازن بين ماتقدمه من ميزات تحث الأطباء على التعليم والتدريب الطبى المستمر وبين الجانب الآخر المرتبط بتوقيع الجزاء على المتخلف اذ ان توقيع الجزاء أصلا عامل سلبى وأفضل السبل هو تغيير النمط التعليمى للمدارس الطبية بادخال مناهج فكرية بها تساعد الطبيب على تكوين شخصية طبية ، راغبة فى تطوير أداء المهنة باستمرار بنمط يختلف عن الأسلوب التلقينى المتبع حاليا فى كثير من مدارسنا الطبية .

– ومن الأفضل أن تقوم الجمعية الطبية المصرية بتشجيع تكوين جمعيات علمية تجمع تخصصات مختلفة فعلى سبيل المثال فان تكوين جمعية طبية ضد الالم يمكن أن تستوعب متخصصين فى الروماتيزم والعظام والطب الطبيعى والسرطان وجراحة الأعصاب ووجود متخصصين من فروع مختلفة فى مكان واحد يساعدها على تقديم برامج تدريبية مترابطة تفيد التقدم العلمى المستمر كما تفيد حسن الأداء المهنى .

– تغيير النمط الخاص فى تقديم الخدمة الطبية الى نوع من الخدمة المتكاملة اذ ينشأ نظام متكامل ومترابط لتقديم الخدمة مكون من مراحل أولية ومستشفيات قروية صغيرة ومستشفيات مركزية وعامة ذات طابع متكامل ومتعاون من ناحية القوى البشرية وبالتالى يحدث نوع من التبادل بين المراكز المختلفة مع نظام تدريبى متكامل على جميع المستويات العاملة فى المجال الطبى .

– يجب أن تبحث النقابات الطبية ضرورة اعادة تسجيل أعضائها بعد فترات زمنية وبمواصفات مرتبطة بالمستوى التدريبى اللازم لحسن الأداء .

المواصفات التى يجب توافرها لدى الخريجين :

– ان يكون على دراية بالمشاكل الصحية الرئيسية فى المجتمع ، بالاضافة الى الالمام بالعلوم الطبية الأساسية والاكلينيكية وطب المجتمـع .

– ان يتصدى للمشاكل المتعلقة بالأمراض المتوطنة الشائعة والحالات المستعجلة المؤدية الى خطورة بالغة على الحياة .

– أن يكون متفهما لأمور الوقاية الصحية .

– أن يكون حريصا على العلم باقتصاديات الصحة والمرض ، واقتصاديات التشخيص والعلاج .

– أن يكون متفهما للجهاز الفنى الذى يعمل من خلاله ، وعلى دراية بالنواحى القانونية اللازمة لممارسة المهنة .

– أن يكون متابعا للعلم قادرا على التعليم الذاتى .

– أن يكون ملتزما بسلوك المهنة فى تعامله مع المرضى وزملاء المهنة .

السنة التدريبية :

من الملاحظ أن السنة التدريبية التى هى شرط لحصول الخريج على تصريح مزاولة المهنة لم تعد تحظى بالقدر الكافى من الاهتمام مما ادى الى قصور شديد فى اكتساب المهارات خلال تلك الفترة .

تعريب التعليم الجامعى :

تتميز اللغة العربية بغناها وقدرتها على استيعاب نظم التعليم والتأليف فى مختلف العلوم ، ومنها العلوم الطبية ، فضلا عن أنها اللغة القومية .

ومن ثم يمكن استخدامها تدريجيا فى التعليم الطبى ، وفى هذا المجال يحسن الأخذ ببديل أو أكثر من البدائل الآتية

– البدء بترجمة مقرر معين يتفق عليه مثل الصحة العامة أو الطب الوقائى أو الطب الشرعى ، ووضع مراجعة له باللغة العربية الى جانب المرجع المتوفر حاليا باللغة الانجليزية كمرحلة انتقالية وبعد فترة تكرر التجربة مع مادة أخرى .

– تعريب المصطلحات الطبية ووضعها فى المراجع والمحاضرات بجانب المصطلحات باللغة الانجليزية .

– وضع تنظيم يكفل قيام الاساتذة المؤلفين للمراجع الطبية بالبدء فى تعريب مراجعهم .

على أن ذلك يستوجب ضرورة الاهتمام برفع مستوى اللغة الانجليزية للطلاب ليستطيع الخريج متابعة ما ينشر فى مجال تخصصه باللغة الانجليزية حتى تتوفر الامكانات لتعريب الدوريات الطبية .

المشاكل التى تواجه التعليم الطبى لاعداد المرضة :

حدث فى الفترة الاخيرة الكثير من التوسع فى انشاء المدارس والمعاهد التى تقوم بتعليم وتدريب وتخريج المرضات ولكن لازال الوضع غير مرض سواء من ناحية الكم أو الكفاءة ويرجع ذلك الى أسباب عدة تخلص فيما يلى :

– مازال تقبل المجتمع لعمل المرضة لايتناسب مع دورها الهام فى رعاية المريض ودورها فى المجموعة الصحية المتكاملة ولم تقم أجهزة الإعلام بدور فعال فى وضع صورة المرضة فى مكانها المناسب مما كان له أثر بالغ فى عدم اقبال الأسر على ارسال بناتهم للتعليم فى مدارس ومعاهد التمريض مع عدم وضوح المستقبل المهنى الخاص بالمرضة وبالتالى أدى الى قلة الانخراط فى هذه المدارس .

– نقص إعداد المعلم اللازم للعمل فى مدارسه ومعاهد التمريض سواء كان يقوم بتقديم الدراسة النظرية أو الدراسة العملية التدريبية وفى كثير من الاحيان يترك التدريب العملى لقدامى المرضات وهن وان كن ذوات خبرة عالية الا انهن يفتقرن الى القدرة التعليمية وربط المعلومات النظرية بالأداء المهنى بالاضافة الى عدم وجود وقت كاف لديهن لتقديم هذه المهمة باداء كامل ، فضلا عن قصور الامكانات المادية اللازمة لتعويضهن عن هذا الأداء الاضافى الى جانب القصور فى الدراسات العليا والتخصصية فى التمريض .

ومن المسلم به أن من أهم مبادىء قضية الخدمة الطبية الحفاظ على التوازن السليم بين اعداد الجامعيين والفنيين اللازمين لتأدية العمل بطريقة مناسبة ، لذا فان كليات الطب يجب ان تشترك فى تقدير حجم القبول فى مدارس التمريض والفنيين وعليها مسئولية كبرى فى تخريجهم وتدريبهم .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ومادار فى المجلس من مناقشات ، ومع التأكيد على التوصيات السابق صدورها عن المجلس فى دورته الرابعة بشأن تدريب الأطباء يوصى بالآتى :

* عدم انشاء كليات جديدة للطب الا بتخطيط واضح ومسبق - يحدد الحاجة الى هذه الكلية الجديدة على أن يكون الانشاء متكاملا من ناحية الامكانات اللازمة للتعليم والتدريب ، مع توفير الأعداد اللازمة من أعضاء هيئة التدريس لاداء المهمة ومع الاقتصار حاليا على تدعيم الكليات الموجودة .

* تحديد أعداد المقبولين فى كليات الطب المختلفة بما يتناسب مع الامكانات التعليمية والتدريبية لكل كلية مع أهمية التعويل على ماتقره كل كلية فى هذا الشأن ، مع ربط التعليم الطبى بالاحتياجات الحقيقية للمجتمع بناء على خطة مستقبلية واضحة تشترك فيها السلطات الصحية المسئولة .

* النظر فى امكان استخلاص ما اسفرت عنه تجربتا طب قناة السويس وكلية طب المنوفية فى تطبيق الاتجاهات الحديثة فى التعليم الطبى وتطوير دراسته بهما بهدف الاستفادة من ايجابيات هاتين التجربتين فى الكليات الأخرى بما يناسب ظروف كل منهما ومن ذلك :

- الاستفادة من المستويات الأخرى للخدمة الطبية فى تعليم طلاب الطب - وبخاصة مستويات الرعاية الأولية - وعدم الاقتصار على المستشفى الجامعى .

- الاهتمام بالدراسات المستحدثة اللازمة لأداء الخدمة الصحية ، ومنها دراسة الممارسة العامة لطب الأسرة ، ودراسة الطب الاجتماعى ودراسة اقتصاديات الخدمة الصحية .

- تشجيع انشاء أقسام نوعية يستفاد فيها من الدراسات المشار اليها .

* العودة الى نظام اليوم الكامل ، لما فى ذلك من تمكين للأساتذة من اجادة التدريب والتدريس ، واتاحة الفرصة للطلبة للاستيعاب ، بما يساعد على مواجهة تفشى ظاهرة الدروس الخصوصية .

* اعطاء أولوية للانتهاء من دراسة نظم الامتحانات وتطوير المناهج ومدد الدراسة بكليات الطب .

* اعادة النظر فى الغاء السنة الاعدادية فى كليات الطب وذلك بالرجوع الى ما يجرى عليه العمل فى الخارج فى هذا الشأن لأهمية البدء بدراسة العلوم الأساسية البحتة .

* التركيز بصفة أساسية فى مجال التعليم والتدريب الطبى على اكتساب المهارات والخبرات المستحدثة والأساسية واستخدامها الى جانب تقديم المعلومات الطبية الحديثة .

* النظر فى تدريس الخدمات الطبية العاجلة بانواعها المختلفة ضمن برامج كليات الطب ودراساتها العليا .

* اتباع المناهج الفكرية التى تساعد الطبيب على تكوين شخصية طبية راغبة فى تطوير أداء المهنة باستمرار والابتعاد ما أمكن عن أسلوب التلقين المتبع حاليا .

* ادخال مادة السلوك المهنى الطبى ضمن المناهج الدراسية بكليات الطب المختلفة واعتبارها مادة أساسية من مواد الدراسة .

* قيام المجلس الأعلى للجامعات بتدارس كيفية انشاء جهاز للدراسات العليا والبحوث بالجامعات يتبع نائب رئيس الجامعة المختص بالتخطيط والتنسيق فى اعداد المناهج ومستويات التقييم وضمان عدم تكرار البحوث بالجامعات المختلفة .

* أن يعيد المجلس الأعلى للجامعات النظر فى أن تكون درجة الدكتوراه فى أفرع الطب المختلفة شهادة قومية موحدة .

* اعادة النظر فى نظام معادلة الشهادات التى تمنح للخريجين الحاصلين على بكالوريوس الطب من الجامعات بالخارج بحيث لايسمح بمعادلة هذه الشهادات الا اذا كانت متفقة ومتوائمة مع متطلبات المجتمع والبيئة المحلية مع اشتراط مبدأ المعاملة بالمثل الى جانب توافر المستوى

العلمى المطلوب .

* دعوة كليات الطب الى الإعداد للتدريس باللغة العربية تدريجيا ويمكن البدء فى بعض المواد مثل الطب الشرعى وطب المجتمع وهذا يتطلب الاهتمام بالانتهاء من ترجمة المصطلحات الطبية وتضمينها بالمراجع المستخدمة والعمل على ترجمة أمهات الكتب والدوريات الطبية المختلفة .

* تقديم الخدمات الصحية بطريقة مترابطة وأن تتكون وحدات ترتبط فيها الرعاية الطبية الأولية بالمستشفى المركزى ثم المستشفى التعليمى مع وجود اسلوب واضح لتحويل المرضى من مستوى الى آخر وسيؤدى ذلك الى امكان تدريب أعضاء المهن الصحية فى جميع المستويات بطريقة متعادلة سواء من الناحية العلاجية او الوقائية .

* وضع تنظيم مشترك بين وزارة الصحة والجامعات والمحافظات للاستفادة من توفير الامكانات المتوفرة بكافة المستشفيات فى الدراسة والتدريب للطلاب و الأسرة بصفة خاصة .

* يجب أن يكون التدريب الطبى المستمر جزءا هاما مرتبطا بحسن الأداء المهنى تشرف عليه وزارة الصحة ونقابة الأطباء والجمعية الطبية المصرية ، ويكون مبنيا أساسا على تحسين الأداء أكثر من اهتمامه بالناحية النظرية مع اتباع نظام لاعادة تسجيل الأطباء كل فترة محددة ترتبط ببرامج للتعليم الطبى المستمر يلتزم الأطباء بحضورها كل حسب مستواه المهنى ، وفى هذا الصدد يراعى ما يلى :

- التركيز على الكيف فى التدريب .
- أن يحدد مستوى أداء الطبيب وفقا لتطوير العلوم الطبية .
- تقييم أداء الطبيب كل فترة زمنية بمعايير موضوعية .
- جعل التدريب دوريا فى كافة مراحل ممارسة الأطباء للمهنة .
- انشاء معهد للتدريب الطبى .
- عمل بطاقة لكل طبيب متدرب يثبت فيها ما تم تدريبه عليه لأخذها فى الاعتبار عند النظرفى استكمال مراحل تدريبه .

- ربط التدريب بجرعة من الحوافز من بينها ان يؤخذ فى الاعتبار عند الاختيار للبعثات ، وأن يعامل الأخصائيون ومساعدو الأخصائيين ماليا مثل زملائهم بالمعاهد والمستشفيات التعليمية طالما تفرغوا للتدريب .

- الارتفاع بنسبة الأخصائيين الى الممارسين حتى تصل الى ٢٠٪ على الأقل .

* اتخاذ كافة الاجراءات التنظيمية والادارية الكفيلة بانتظام أعضاء هيئة التدريس فى العملية التعليمية والتدريبية للطلبة – ويمكن الرجوع فى ذلك الى مايجرى عليه العمل بالخارج – مما يعد حجر الأساس فى القضاء على ظاهرة الدروس الخصوصية .

* الاهتمام بالتعليم الطبى للفئات المعاونة وخاصة المرضات والفنيين وتطوير مدارس التمريض ومناهجها واعداد معلميها وللارتفاع بمستوى التمريض يراعى ما يلى :

- زيادة عدد معاهد التمريض وعدد شعب التمريض بالمعاهد الفنية الصحية وانشاء معهد عال للتمريض بكل جامعة لمواجهة النقص فى عدد ممرضات المستوى الأول .

- النظر فى انشاء مدارس او شعب تمريض للرجال لسد النقص فى أعمال التمريض فى التخصصات التى تستدعى ، أو يفضل ، أن يقوم بها ممرضون من الرجال .

- انشاء مراكز تدريب للتمريض فى كل محافظة وذلك لتدريب المستجدات ولتحسين مستوى أداء الممرضات العاملات .

- الاهتمام ببرامج التدريب العملى داخل المستشفيات ودراسة امكان العودة الى نظام المبيت فى مدارس التمريض مع التوسع فى مجالات الخدمة لممرضات الصحة العامة لتشمل كافة احتياجات المجتمع .

- التوسع فى البعثات الخارجية للتدريب على أعمال التمريض .

- قصر عمل الممرضات على خدمات التمريض واعفاؤهن من الأعمال الأخرى مثل التغذية ، العهد ، الأعمال المكتبية .

- وضع سلطات محددة لرئيسة هيئة التمريض بالمستشفى تتناسب مع المسئوليات الملقاه عليها حتى تتمكن من أداء عملها .
- العمل على تشكيل اتحاد عام لطالبات مدارس التمريض ، وانشاء نقابة لهيئة التمريض تعمل على رفع المستوى العلمى والعملى للمهنة . على ان تلحق مستقبلا باتحاد نقابات المهن الطبية .
- ابراز العمل الانسانى لمهنة التمريض بوسائل الاعلام المختلفة .

الرعاية الصحية للمسنين

رعاية المسنين وتكريمهم واجب تمليه القيم والاخلاقية ، اعترافا بما قدموه للمجتمع من خدمات ، وردا لبعض ما أسهموا به فى خدمة بلادهم خلال سنوات عملهم وعطائهم .

واذا كانت مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح على المستوى القومى والدولى فان مرحلة الشيخوخة لم تحظ بنفس القدر من الاهتمام وخاصة فى البلاد النامية .

ورعاية صحة المسنين لها جوانبها الصحية والاقتصادية والاجتماعيـة ، التى تستلزم الاهتمام بها ، باعتبارها مسئولية قومية .

ويتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بأنها مرحلة العمر التى تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية فى التدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه فى الفترات السابقة من العمر .

لكن من الناحية الاحصائية ، كان لابد من الاتفاق على سن معين افتراضى ، وقد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، عام ١٩٧٢ ، سن الخامسة والستين على انه بداية الاعمار ، باعتبار أن هذا السن يتفق مع سن التقاعد فى معظم البلدان ، على أن سن الاحالة الى التقاعد لمعظم العاملين فى مصر هو سن الستين ، وعلى هذا يتعين - لاغراض التقاعد واستحقاق التأمينات الاجتماعية وغيرها - أن يعتبر المسن فى مصر هومن بلغ الستين وان كانت نسبة كبيرة ومتزايدة ممن يبلغون هذه السن يحتفظون بكامل قواهم الجسمية والعقلية ، ونظرا لما اكتسبوه من تجارب وخبرات ، فان حرمان المجتمع من خدماتهم عند هذه السن يمثل نوعا من الخسارة ، وخصوصا فى المجالات التى تحتاج فيها البلاد الى كفاءات خاصة مع وجود نقص فيها .

حجم المشكلة :

يوجد فى العالم الآن اكثر من ٣٧٦ مليونا يبلغون من العمر ٦٠ عاما أو أكثر يشكلون ٨.٥ ٪ من مجموع سكان العالم ، ومن هؤلاء ١٧١ مليونا فى البلاد المتقدمة يشكلون ١٥ ٪ من مجموع سكانها ، و٢٠٥ ملايين فى البلاد النامية يشكلون ٦.٢ ٪ من مجموع سكانها ، أى أن البلاد النامية بها ٥٥ ٪ من أعداد المسنين فى العالم .

ومن المتوقع أ ن يصل عدد من يبلغون ٦٠ عاما أو أكثر ، بحلول عام ألفين ، ٥٩٠ مليونا ، منهم ٢٣٠ مليونا فى البلاد المتقدمة ، و٣٦٠ مليونا فى البلاد النامية .

وترتبط الزيادة فى نسبة المسنين وفى أعدادهم بزيادة متوسط الاعمار وتوقعات الحياة نتيجة تحسن الأحوال الصحية والاجتماعية ، وانخفاض معدلات الوفيات وخاصة فى البلاد النامية ، وقد كانت توقعات الحياة فى الخمسينات (١٩٥٠ - ١٩٥٥) هى ٦٥ عاما فى البلاد المتقدمة ، و٤٢ عاما فى البلاد النامية ، وقد تزايد فى الفترة ما بين عامى ١٩٧٥ / ١٩٨٠ ، حتى بلغت ٧٢ عاما فى البلاد المتقدمة ، و ٥٥ عاما فى البلاد النامية وهناك مؤشرات تدل على تزايد معدل زيادة المسنين فى العالم الى ٥٧ ٪ من عام ١٩٨٠ حتى عام ٢٠٠٠ والى ٦٥ ٪

من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠٢٠ .

وفى البلاد جميعها متقدمة ونامية ، يتزايد عدد المسنين بسرعة أكبر نسبيا من سرعة تزايد الأقل سنا ففى الفترة ما بين ١٩٦٠ / ١٩٨٠ كان معدل الزيادة بين من يتجاوزون السبعين فى العالم ٦٠ ٪ ، بينما معد الزيادة فى فئات الأعمار ٦٠ – ٦٩ هى ٤٤ ٪ .

هذا ويزيد عدد النساء فى الفئة العمرية ٦٠ سنة فاكثر عن عدد الرجال على مستوى العالم ولما كان عدم التوازن بين الذكور والاناث فى الاعمار المرتفعة ينجم أساسا عن الموت المبكر للرجال الذين يكونون فى العادة ازواجا وآباء ، فان ذلك يقترن بترمل النساء وزيادة الأسر ذات العائل الواحد (الأم) والتى بدون عائل ، وانخفاض دخل الاسرة . كما أنه سوف يوجه المشاكل الصحية للمسنين أكثر نحو مشاكل النساء المسنات واحتياجاتهن .

وبالنسبة للوضع فى مصر ، يبين الجدول على الصفحة التالية توزيع السكان فى المراحل العمرية المختلفة ، طبقـــا لحصر السكان الذى قام به الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عام ١٩٨٣ ، وقد بلغ مجموع السكان حوالى ٤٦ مليون نسمة ، ومنه يتضح أن نسبة من هم فى ســـن ٦٠ عاما فاكثر كانت ٦.١ ٪ من مجمـــــوع السكان ، وأن هناك زيادة طفيفة فى عـــدد الاناث عـــن عدد الذكور فى هذه الأعمار .

ويبين الجدول بصفحة ٢٩٦ ، طبقا لاحصاءات وزارة الصحة ، أعداد المسنين ونسبتهم للسكان ، ومتوسط العمر خلال السنوات ١٩٦٠ / ١٩٨٣ (بصرف النظر عن الاختلاف الطفيف فى تقدير نسبة المسنين عام ١٩٨٣ فى هذا الاحصاء والاحصاء الصادر عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء) ويوضح هذا الجدول أن النسبة المئوية للمسنين بقدر زادت زيادة مطردة ، خلال هذه الاعوام ، من ٥ ٪ الى ٦.٢ ٪ ، وأن نسبة الاناث فى هذه المرحلة من الأعمار قد ظلت تفوق بقد ضئيل نسبة الذكور ، وأن زيادة نسبة المسنين قد واكبت الارتفاع فى متوسط الأعمار عند الميلاد .

المشكلات الطبية :

يصاب كبار السن أكثر من غيرهم بالأمراض ، ويحتاجون الى رعاية طبية أكثر ، وهناك أمراض ذات أهمية خاصة بالنسبة لكبار الســن ، منها :

× امراض القلب الوعائية : وتمثل قصور الدورة التاجية والأزمات القلبية واضطرابات النسق ، وتكلس الصمامات ، وارتفاع ضغط الدم وأحيانا انخفاضه .

× أمراض الأوعية الدموية : وتشمل انسداد الشرايين المفاجىء والبطىء بالأطراف وتجلط الاوردة والتهاباتها ، والدوالى .

× امراض المخ الوعائية : وتشمل قصور الدورة المخية ، وتصلب شرايين المخ والسكتة المخية .

× الأمراض العصبية : الأورام الدموية تحت الام الجافية ، والاورام المخية الأولية والثانوية ، ومرض باركنسون أو الشلل الرعاش .

× أمراض الدم : وتشمل الانيميا بأنواعها ، واللوكيميا وخاصـــة اللمفاوية .

× امراض الجهاز الهضمى : وتشمل سرطان الجهاز الهضمى والقولون ، والاسهال .

× امراض الجهاز البولى : ومن أهمها تضخم البروستاتا وسرطانهـا ، والسلس البولى .

× مرض السكر : وهو عادة من النوع غير المعتمد على الانسولين .

× امراض الجهاز الحركى : وبصفة خاصة الأمراض التنكسية للمفاصل وخلخلة العظام ، والالتهابات المفصلية العظمية ، والتهاب المفاصل الفقارية وسهولة التعرض للكسور .

× أمراض الجهاز التنفسى : وتشمل النزلات الشعبية والامفيزيما ، والالتهاب الرئوى ، والربو ، والسل الرئوى ، وسرطان الشعب والرئة .

× أمراض الأذن الخارجية والوسطى والداخلية ، وتكلس عظام الأذن الداخلية ، والطنين وفقد السمع .

× أمراض العيون : وتشمل عتامات القرنيـــة ، وعتامات العدســــة

توزيع السكان فى المراحل السنية المختلفة

فئة السن	النسبة المئوية من السكان		العدد الافتراضى للفئة السنية		الاجمالى
	ذكور	إناث	ذكور	أناث	
أقل من سنة		(١.٩)	١٢٥٤		١,٢٥٤
١ – ٥		١١,٩	٥٤٧٤		٥,٤٧٤
٥– ١٠		١٢,٨	٥٨٨٨		٥,٨٨٨
١٠ – ١٥	٧,١	٦,٢	٣٢٦٦	٢٨٥٢	٦,١١٨
١٥ – ٢٠	٥,٨	٥,١	٢٦٦٨	٢٣٤٦	٥,٠١٤
٢٠–٣٠	٧,٨	٨,٠٠	٣٥٨٨	٣٦٨٠	٧,٢٦٨
٣٠ – ٤٠	٥,٦	٥,٨	٢٥٧٦	٢٦٦٨	٥,٢٤٤
٤٠ – ٥٠	٤,٦	٤,٦	٢١١٦	٢١١٦	٤,٢٣٢
٥٠ – ٦٠	٣,٣	٣,١	١٥١٨	١٤٢٦	٢,٩٤٤
٦٠ – فاكثر	٣,٠	٣,١	١٣٨٠	١٤٢٦	٢,٨٠٦

• بنى على حصر السكان لعام ١٩٨٣ البالغ ٤٦ مليون نسمة

• مقدرا بالألف نسمة

• المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء .

البيانات المتاحة عن أعداد المسنين ونسبتهم للسكان ومتوسط العمر خلال السنوات ١٩٦٠ – ١٩٨٣

السنة	التعداد العام	عدد المسنين الاجمالى	النسبة المئوية للمسنين	ذكور		اناث		عدد المسنين ذكور لكل ١٠٠ اناث
				عدد	متوسط العمر عند الميلاد	عدد	متوسط العمر عند الميلاد	
١٩٦٠	٢٦,٠٨٥,٠٠٠	١,٣٤٣,٠٠٠	٥٪	٦٤٣,٠٠٠	٤٨,٧٥	٧٠٠,٠٠٠	٤٦,٢٤١	٩٢
١٩٦٦	٣٠,٠٧٦,٠٠٠	١,٥٣٤,٠٠٠	٥,١٪	٧٥٩,٠٠٠	٥١,٢٥	٧٧٥,٠٠٠	٤٨,٤٩٤	٩٨
١٩٧٦	٣٨,١٩٨,٠٠٠	٢,٢٨٧,٣١٦	٦٪	١,١٢١,٦٨٢	٥١,٦٠	١,١٦٥,٦٣٤	٥٣,٨٠	٩٦
١٩٨٣	٤٥,٨٨٦,٠٠٠	٢,٨٧٣,٠٠٠	٦,٢٪	١,٤٥٧,٠٠٠	٥٥,٩٠	١,٤١٦,٠٠٠	٥٨,٤٠	٩٧

(الكارتاراكت) ، وانفصال الشبكية ، وفقد البصر .

× أمراض الأسنان : وأهمها أمراض الأنسجة الدعامية للأسنان ، وتخلخل الأسنان وفقده جميعا ، والحاجة الى الاستعاضة الصناعية الكاملة للأسنان .

× أمراض الجهاز التناسلى عند المرأة وخاصة الأورام الخبيثة .

ولابد أن تشمل الرعاية الطبية للمسنين الاكتشاف المبكر لهذه الأمراض عند حدوثها خاصة وأن أعراضها فى الشيخوخة قد تكون غير واضحة ، أو لايحسن المسن التعبيرعنها ، وعلاجها ، نظرا لانخفاض المقاومة العامة .

مشكلات الأمراض النفسية والعقلية :

أدت زيادة نسبة كبار السن فى معظم البلاد الى مشكلات طبية واجتماعية واقتصادية معقدة دعت الخدمات الصحية والاجتماعية لتوجيه الاهتمام الى المسائل المتصلة بالتقدم فى السن ، ولعل من أهم هذه المشاكل المرض العقلى اذ تزداد فرصة الاصابة به بتقدم العمر، ولهذا فان الاضطرابات العقلية من أهم ما يواجه المقيمين فى مؤسسات المسنين بمختلف أنواعها ، وهى تمثل – فى الدول المتقدمة – السبب الأول للمرض المزمن فى كبار السن .

ولقد حدث تطور هام فى الأعوام الأخيرة ، واوضح أن كثيرا من الاضطرابات العقلية التى كانت تعزى فى الماضى الى تغيرات تنكسية أو الى تصلب الشرايين فى المسنين ليس لها علاقة كبيرة بمثل هذه التغيرات ، وفى كثير من الأحيان يمكن أن تستجيب للعلاج ، على أن هذه التغيرات التنكسية هى التى تحدث الأمراض المزمنة والمعوقة والمستعصية ، ثم انها تضفى لونا خاصا على عدد من الاضطرابات الحميدة نسبيا .

– وجدير بالذكر أن العلاقة بين الاضطراب الجسدى والعقلى تزداد توثقا بالتقدم فى السن ، وتلعب العوامل البيولوجية والطبيعية والاجتماعية دورها كأسباب وعوامل مساعدة وأثار للمرض العقلى فى المسنين .

وقد اوردت منظمة الصحة العالمية التصنيف التالى للاضطرابات النفسية والعقلية فى المسنين :

– الذهان الشيخوخى الضمورى .

– اضمحلال القوى العقلية الشيخوخى

– الذهان الناشىء عن تصلب الشرايين وغيره من الأمراض المخية الوعائية .

– حالات التخليط الحادة

– الذهان العاطفى : ويشمل :

الاكتئاب

الهوس

– انفصام الشخصية : (شيزوفرانيا) .

– أعراض جنون الاضطهاد : (بارانويا)

– العصاب : (النورستانيا) .

– تغيرات الشخصية

بعض المشكلات الاجتماعية :

كان من آثار تقلص نظام الأسرة الكبيرة – تحت ضغوط المجتمع الحديث واقتصار الأسرة بمعناها الضيق (الوالدين والأبناء) على اعالة نفسها – ظهور الاتجاه الى تضييق التزامات الأقارب فى اعالة كبار السن ، الأمر الذى نقل هذا العبء الى كاهل المجتمع كاملا .

ولقد ادى انتشار الأسر الصغيرة الى حرمان معظم كبارالسن من شعور الارتباط بالمجتمع ، كما أن الاحالة الاجبارية الى المعاش قد أدت الى الحكم على أفراد هذه الفئة بأن يمارسوا حياة مملة غير منتجة تسير على وتيرة واحدة حتى نهاية العمر ، فضلا عن أن اعتزالهم الخدمة ، يؤدى الى نقص مواردهم ، بحيث تقتصر اعالتهم فى غالب الأحيان عل ماتمنحه الدولة لهم من معاش .

ومن الواضح أن عددا كبيرا من المسنين يتعرض لنقص الموارد اللازمة لنفقات المعيشة باعتبار أن المعاش يمثل الدخل الرئيسى لغالبية هذه الفئات .

على أن فئة المسنين يجب ألا ينظر اليها على أنها تضم أفرادا انتهى دورهم فى الحياة وأصبحوا عالة على المجتمع ، بل يجب أن ينظر اليهم نظرة تكريم وعرفان لما أدوه لهذا المجتمع طيلة عمرهم ، وأن أى جهد يبذله المجتمع فى سبيلهم ماهو الا رد لبعض ما أدوه ، لذلك كان لزاما على الدولة أن تتكفل بالرعاية المعيشية لهؤلاء المسنين ، عن طريق تدابير حاسمة من التعرض للعوز والمرض والقلق ، وتوفير الرعاية الاجتماعية لفئة المسنين أمر لاتمليه القيم والتقاليد الدينية والأخلاقية فحسب ، وانما هى أيضا عملية لها عائدها الاقتصادى ، اذ اثبتت الدراسات والبحوث والتجارب العملية امكان الاستفادة من كبار السن ، بما يتوافر لديهم من خبرات ووقت وطاقة فى بعض الأعمال الى يحتاجها المجتمع وتدر عائدا اقتصاديا .

ومن الأمثلة التى اكدت التجربة نجاحها ، ماستحدثه قانون تنظيم الجامعات الصادر عام ١٩٧٢ ، من تعيين الاساتذة بعد سن الستين كاساتذة متفرغين ، للانتفاع بخبراتهم العلمية فى التدريس والاشراف على البحوث ، وحتى لاتفتقد الجامعات خبرات فى قمتها العلمية الراسخة ، ويتم هذا التعيين تلقائيا من سن الستين حتى الخامسة والستين ، ثم يتم تجديده بعد ذلك كل عامين دون تحديد سن أقصى ، ولعل من امثلة ذلك : أن وزارة الخارجية البريطانية تستعين بالسفراء الذين أحيلوا الى التقاعد فى مراسم استقبال الوزراء والسفراء وكبار الزوار الأجانب عند قدومهم الى بريطانيا أو الى مغادرتها ، ومصاحبة هؤلاء الزوار أثناء استضافتهم وفى تحركاتهم ، مما أدى الى توفير وقت وجهد الوزراء والمسئولين ، وفى نفس الوقت أتاح دخلا اضافيا لهؤلاء السفراء المتقاعدين ، الى جانب الناحية النفسية من اشعارهم بالحاجة اليهم ومشاركتهم فى خدمة بلادهم فى مجالات محببة اليهم ومناسبة لهم .

رعاية المسنين فى مصر

تتعدد وسائل رعاية المسنين فى العالم و خاصة بالنسبة للعلاج والايواء ، وتتخذ هذه الرعاية صورا شتى ، منها دور الايواء ، والاسكان المحمى ، والمستشفى النهارى والنادى الاجتماعى .

أما فى مصر ، فتبرز أهم وسائل رعاية المسنين فيما يأتى :

معاش الشيخوخة :

صدر القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بهدف تأمين الشيخوخة ، وكفالة استمرار الدخل للمؤمن عليه ، وفى حالة انقطاع دخله من العمل لبلوغه سن التقاعد المنصوص عليه بنظام التوظف ، متى زادت مدة الاشتراك فى التأمين عن ٩ سنوات .

وقد بلغ عدد المنتفعين - عام ٨٤/٨٣ - من نظام المعاشات ١.٠٦٢.٠٠٠ مليون واثنتين وستين الفا) ، وهذا عدا المعاش الذى استحدث بديلا لاعانات الضمان الاجتماعى ، والذى سمى بمعاش السادات ، وقدره عشرة جنيهات شهريا للفرد ، ويمنح لمن بلغ سن الخامسة والستين ولم يكن له معاش حكومى .

الرعاية الاجتماعية :

تتضمن أحكام المادة ١٠٠ من قانون التأمين الاجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ : التزام كل من الهيئة العامة للتأمين والمعاشات والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، بأن يتخذوا الخطوات التنفيذية اللازمة خلال خمس سنوات من تاريخ العمل بهذا القانون ، للبدء فى انشاء دور لرعاية أصحاب المعاشات المنتفعين بأحكام ذلك القانون ، اما مباشرة أو بالتعاون مع وزارة الشئون الاجتماعية ، لتقديم الرعاية الاجتماعية والمعيشية لأصحاب المعاشات ، المشار اليهم ، فى ظروف ميسرة وخاصة ، فى حالة عدم وجود عائلات لهم .

وتشمل هذه الرعاية الاجتماعية ، كما أوردها القانون ، ما يلى :

- الاقامة الكاملة لما فيها من مسكن ومأكل ومشرب .
- توفير المكتبات الثقافية والنوادى المزودة ببعض وسائل التسلية المناسبة .
- توفير الخبراء والمشرفين اللازمين لادارة هذه الدور ممن تتوافر فيهم صفات خاصة تتلاءم وظروف المنتفعين .
- توفير الوسائل الترفيهية كالرحلات والعروض المسرحية والمصايف والمشاتى وزيارة الحدائق العامة .

كما أجاز القانون الاستعانة بخبرات وقدرات المنتفعين بالرعاية الاجتماعية فى أعمال مناسبة لحالة كل منهم ، فى مقابل مكافآت رمزية ، بشرط أن ترتبط الأعمال التى تسند اليهم بأعمالهم الأصيلة التى كانوا يؤدونها قبل انتهاء خدمتهم .

كما طالب القانون بتقسيم دور الرعاية الاجتماعية الى درجات تتناسب وأنواع المنتفعين وحالتهم الصحية ، والمستوى المعيشى والأسرى والثقافى الذى كانوا يعيشون فيه قبل انتهاء الخدمة وأجازت المادة ١٠٣ من القانون منح اصحاب المعاشات تيسيرات خاصة منها :

- تخفيض فى تعريفة المواصلات العامة .

- تخفيض فى أسعار الدخول للنوادى والمتاحف والمعارض ودور السينما والمسرح .

- تخفيض نفقات الاقامة فى المؤسسات العلاجية التابعة للدولة .

- تخفيض فى نفقات الرحلات التى تنظمها أجهزة الدولة .

وتنفيذا لهذا القانون قامت الهيئة التأمينية - بالاتفاق مع وزارة الشئون الاجتماعية والجمعيات الأهلية - بانشاء دارين بضاحية مصر الجديدة بلغت تكلفتهما عدة ملايين من الجنيهات ، كتجربة يمكن تعميمها فى جميع المحافظات .

كما قامت بعض الجمعيات الأهلية ، بدعم من وزارة الشئون الاجتماعية ، بتقديم بعض أنواع الرعاية الاجتماعية متمثلة فى :

- مؤسسات الاقامة : وتكون الاقامة فيها اما بأجر يغطى التكلفة الفعلية ، أو بأجور منخفضة تغطى جزءا منها أو مجانية وهذه المؤسسات تناسب من فقدوا الشريك ويعانون من الوحدة .

وقد بلغت هذه المؤسسات ٣٧ مؤسسة فى القاهرة والاسكندرية وبور سعيد والدقهلية والغربية والبحيرة والفيوم ، وتبلغ سعتها ألفين من المسنين ، على أنه - طبقا لاحصاء لوزارة الشئون الاجتماعية عام ١٩٨٢ - تبين أن جملة من استطاعت هذه المؤسسات تقديم الخدمة اليهم لم يزد عن ١٨٠٠ مسن ، خلال العام المذكور ، أى بنسبة اشغال ٩٠ ٪ وبلغت تكلفة المسن ٥٥٠ جنيها سنويا .

الأندية الاجتماعية :

وتوفر هذه الأندية أنواع الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية والترويحية ، لكبار السن الذين يقيمون فى بيئاتهم وبين ذويهم ، ويترددون عليها لشغل أوقاتهم بصحبة اقرانهم وممارسة بعض الهوايات والانشطة .

وقد بلغ عدد هذه الاندية ١٨ ناديا ، منها خمسة بالقاهرة واثنان بالفيوم ، والباقى بمحافظات الاسكندرية وبورسعيد والاسماعيلية ، والدقهلية والشرقية وكفر الشيخ والغربية والبحيرة ، والجيزة وبنى سويف وأسيوط ، حيث يوجد ناد بكل من هذه المحافظات .

وتشير الاحصاءات الى أن عدد من اشترك فى هذه الأندية بلغ ١٨٤٠ مسنا ، بمتوسط ١٠٨ من المسنين لكل ناد .

وواضح أن هذه الخدمات متواضعة - سواء ماتقدمه دور الاقامة أو الاندية - بالنسبة لعدد المسنين ، وأن هناك محافظات عدة محرومة منها ، كما أن البنود الواردة بالقانون لم تطبق عليها برغم مرور أكثر من عشر سنوات على صدوره ويقتضى الأمر التوسع فى انشائها وقيام الهيئتين التأمينيتين بدورهما الذى أوجبه القانون بانشاء هذه المؤسسات - مباشرة أو عن طريق الجمعيات الأهلية ، وكذا تنفيذ باقى التوصيات الواردة فى القانون .

الرعاية الصحية :

يتمتع المسن بالرعاية الصحية التى توفرها الدولة للمواطنين فى ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة ، وقد اتجهت وزارة الصحة الى تخصيص عدد من الاسرة لرعاية المسنين فى بعض مستشفياتها العامة .

وقد عمل قانون التأمين الصحى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ على كفالة حق المحال الى المعاش فى الرعاية التأمينية الصحية ، نظير اشتراك رمزى بواقع ١ ٪ من المعاش الشهرى ويتمتع المسن من خلال هذا النظام بكل عناصر الخدمة الطبية التأمينية .

على أن عدد أصحاب المعاشات الذين يتمتعون بهذا النظام لم يتجاوز ١٠٦ آلاف منتفع حتى آخر يونيو ١٩٨٥ ، من مجموع أصحاب المعاشات الذى يزيد على المليون ، ويرجع ذلك الى بعض المعوقات المتصلة باللوائح التى وضعت فى البداية لتنظيم الانتفاع بهذا الحق ، ولعل أهم المعوقات يتمثل فى أن دخول مزيد من أصحاب المعاشات تحت رعاية الهيئة العامة للتأمين الصحى يعتبر عبئا لاتستطيع القيام به ، نظرا لزيادة تكلفة الرعاية الطبية للمسن ، مع ضآلة الموارد المقصورة على ١ ٪ من نسبة المعاش ، بعكس الموظف أو العامل الذى يتحمل صاحب العمل اثناء عمله ٣ ٪ من الأجر ، بالاضافة الى ما يتحمله المؤمن شخصيا .

لقد بلغ اشتراك صاحب المعاش ، فى المتوسط فى تأمين المرضى ، حوالى خمسة جنيهات سنويا ، بينما بلغ متوسط تكلفة علاجه حوالى ٦٠ جنيها ، أى بعجز قدره ٥٥ جنيها سنويا لكل مؤمن ، أى حوالى ٦ مليون جنيه سنويا يتحملها التأمين الصحى ، وذلك رغم ضآلة عدد المنتفعين بالنظام .

ولما كان نظام التأمين الصحى الاجتماعى هو فى الوقت الحاضر خير مظلة يمكن أن يستظل بها صاحب المعاش ، فيجب اعادة النظر فى هذا النظام ، واتاحة الفرصة لكل من يرغب فى الانتفاع بالرعاية الصحية التأمينية من خلاله ، وذلك بأن تعتبر الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية والهيئة العامة للتأمين والمعاشات هما المسئولتان طبقا للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ، عن رعاية الموظف أو العامل اجتماعيا ومعيشيا بعد احالته الى المعاش ، وبالتالى تشمل مسئوليتهما الرعاية الصحية .

وقد دخلت الجمعيات الأهلية مجال الخدمة الصحية للمسنين منذ عام ١٩٨٢ ، حيث انشئت مركزيتان باسم رعاية المسنين و صحة المسنين وتسعى كل منهما الى سد النقص فى المؤسسات والخدمات الصحية للمسنين ، مثل أنظمة الخدمة الطبية والتمريض المنزلى ، ودور الحضانة الطبية للمسنين المعوقين وتقوم وزارة الشئون ووزارة الصحة بدعم هذه الجهود التطوعية .

التوصيات

على ضوء التقرير السابق وما تضمنه بشأن أهمية مواصلة المسنين لما يناسبهم من أعمال انتاجية وخدمية ، فسوف تقوم الشعب المعنية بالمجالس القومية بدراسة ماياتى :

× نظام التقاعد والاحالة على المعاش المطبق حاليا ، للنظر فى مد الخدمة بعد الستين فى بعض المجالات ، طالما كان العامل قادرا على مواصلة العمل .

× كيفية مواصلة استخدام المسنين فى الأعمال الانتاجية والوظائف الخدمية .

وعلى ضوء ماسبق جميعه : يوصى بما يأتى :

* أن تكون رعاية كبار السن جزءا لايتجزأ من السياسة الاجتماعية وضمن خطة التنمية القومية ، وأن تراجع سياستها الحالية على ضوء استعداد المجتمع المصرى للتكيف مع اتجاهات التركيب العمرى للسكان ومتغيراتها .

* الاهتمام بتحسين ظروف البيئة للمسنين بطريقة تقلل من تعرضهم للمرض والعجز والحوادث ، ومن أمثلة ذلك : تحسين التغذية والاسكان وتوفير الأمان لتقليل التعرض للحوادث فى البيت وفى الطريق مع الاهتمام بالتثقيف الصحى للمسنين وأسرهم ، والتوعية العامة بطبيعة المشكلات الصحية للمسنين وكيفية مواجهتها ، والحرص على تجنب الاسراف أو الخطأ فى تناولهم للدواء .

* وضع نظام متكامل ، مركزيا ومحليا ، لرعاية المسنين فى مصر يتضمن كافة العناصر الكفيلة بتحقيق هذه الرعاية ، وفى مقدمتها :

– توفير الخدمات اللازمة للمسن المقيم فى منزله ، لاتاحة الفرصة له للبقاء فيه أطول مدة ممكنة .

– توفير الرعاية الطبية والاجتماعية والتأهيلية للمسنين المقيمين فى منازلهم أو فى المساكن المحمية المقترحة ، ويشمل ذلك إجراء الكشوف الدورية للاكتشاف المبكر لأمراض المسنين العضوية والنفسية وأعراضها

الأولى ، بما يسهل علاجها ويقلل من آثار العجز الدائم ، ويتطلب ذلك دعم قطاع الرعاية الصحية الأساسية بالخبرة فى الرعاية للمسنين مع الاستعانة بالجهود التطوعية .

– الأخذ بنظام المستشفيات النهارية المتبع فى الخارج ، لخدمة المسنين ، بحيث تكون مستقلة أو متصلة بالمستشفيات العامة ، مع توفير سبل الانتقال اليها .

– التوسع فى انشاء النوادى الاجتماعية للمسنين .

– دعم أقسام المسنين فى المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات الجامعية وانشاء ادارات خاصة برعايتهم فى وزارة الصحة ، ومؤسسات الحكم المحلى بالمحافظات .

– التوسع فى اقامة دور المسنين ، فى هذه المرحلة ، وحتى يمكن توفير الشقق السكنية والمساكن المحمية ، على ان تكون ذات مستويات خدمية متنوعة ، لتتوافق مع الدخول المختلفة وتخفيض النفقات عن طريق مشاركة المسنين فى بعض الأعمال المناسبة لهذه الدور ، مع توفير الاشراف والرقابة الدقيقة لضمان حسن خدمتهم ومعاملتهم .

– تشجيع الهيئات التطوعية والجمعيات الأهلية – وخاصة العاملة فى المجال الصحى والشباب – على القيام بتنفيذ المشروعات المختلفة لرعاية المسنين ، وبخاصة رعاية المسنين فى منازلهم ، وبرامج الترفيه المناسبة لهم ، ونشر المؤلفات الملائمة لهم باسلوب متميز فى الطباعة .

* التوسع فى تطبيق نظام التأمين الصحى الاجتماعى ليشمل جميع المحالين الى المعاش وفتح الباب أمام جميع فئات المحالين الى المعاش ممن فاتهم الاشتراك فى التأمين ، على أن تؤدى هيئة التأمينات الاجتماعية وهيئة التأمين والمعاشات كل فيما يخصها نصيب صاحب العمل .

* الاهتمام بطب المسنين ورعايتهم ، ضمن مناهج الدراسة فى كليات الطب ومدارس التمريض والخدمة الاجتماعية وانشاء دراسات عليا فى طب وصحة المسنين ، مع الاهتمام بالتدريب العملى ، والمؤتمرات والجمعيات العلمية التى تهتم بالمسنين ، وانشاء أقسام لطب المسنين بكليات الطب ، ودعم القائم منها حاليا .

* النظر فى انشاء لجنة عليا أو جهاز قومى لرعاية المسنين ، تشمل اختصاصاته المجالات الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية ، ويكون من مهامه التدريب والبحث العلمى والتخطيط لخدمات رعاية المسنين على مستوى الجمهورية .

* العمل على تنفيذ ماورد فى قانون التأمينات الاجتماعية خاصة برعاية المسنين ، بوضع نظام دقيق للمتابعة والاشراف .

الدورة الثامنة ١٩٨٧ – ١٩٨٨

استراتيجية للارتقاء بمستوى الأداء فى المستشفيات

تؤدى المستشفيات دورا حيويا هاما داخل الاطار الكلى للرعاية الطبية والصحة العامة ، اذ يعتبر المستشفى فى المفهوم الحديث مؤسسة اجتماعية تعمل على تقديم الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجى والوقائى للمواطنين ، وتصل بخدماتها الخارجية الى الأسرة فى بيئتها المركزية وهى أيضا مركز لتدريب العاملين فى الخدمة الصحية ولاجراء البحوث الطبية .

وحتى يكون المستشفى أكثر قربا من المجتمع ، فينبغى أن يقدم

خدمات الرعاية المنزلية الطبية للحالات التى لاتستدعى الاقامة فى المستشفى ، وذلك بواسطة المرضين والمرضات ، والطبيب اذا استدعى الأمر .

وتقوم المستشفيات فى مصر بجميع هذه الواجبات ، باستثناء الخدمات الوقائية التى تتم بمعرفة الوحدات الوقائية المختلفة ممثلة فى مكاتب الصحة ، ومراكز رعاية الامومة والطفولة ، والمراكز الحضرية ، والوحدات الريفية ، والمجموعات الصحية وعيادات الاطباء ، وغيرها ، كما لايقوم المستشفى بتقديم الخدمة المنزلية .

مؤشرات قياس استخدام المستشفيات :

تستخدم عدة مؤشرات مختلفة فى قياس استخدام المستشفيات ، فى منطقة ما أو فى بلد ما ، على أن يؤخذ فى الاعتبار الظروف الخاصة بالمنطقة موضع الدراسة وتنقسم المؤشرات ، بوجه عام ، الى قسمين رئيسين :

مؤشرات خاصة : وأهمها المؤشرات الى تتصل ببيانات خاصة بالمستشفى ، مثل : عدد الاسرة ومعدل شغلها – عدد أيام العلاج -- عدد حالات الدخول – عدد حالات الخروج – متوسط مدة الاقامة .

مؤشرات عامة : ويأتى فى مقدمتها المؤشرات المتصلة بالسكان المنتفعين بالخدمة مثل : عدد السكان المنتفعين بالخدمة – عدد مرات دخول المستشفى لكل ألف من السكان – عدد الأسرة المتاحة لكل ألف من السكان – متوسط عدد السكان الموجودين يوميا بالمستشفى تحت العلاج بالنسبة لكل ألف من السكان – عدد أيام العلاج بالقسم الداخلى للفرد الواحد .

العوامل التى تؤثر على استخدام المستشفيات :

عوامل اجتماعية وحضارية : هناك الكثير من العوامل التى تؤثر على كيفية استخدام أى مجتمع لأسرة المستشفيات ومدى هذا الاستخدام وتترتب هذه العوامل على الصفات المميزة للسكان من النواحى الاجتماعى والاقتصادية والتعليمية والثقافية وعلى المواقف والعادات الخاصة لأفراد مهنة الطب ، مع الأخذ فى الاعتبار اختلاف العادات والاوضاع بين الدول النامية والمجتمعات المتقدمة . وعلى هذا الأساس يجب توخى الحذر عند مقارنة بيانات استخدامات المستشفيات بين البلاد المختلفة فى العالم .

وفرة اسرة المستشفيات : فقد لوحظ فى البلاد المتقدمة اقتصاديا انه كلما زاد عدد أسرة المستشفيات المتاحة زاد حجم استخدام هذه المستشفيات ، نتيجة لارتفاع مستوى الوعى الصحى ، وزيادة فرص التمتع بالتأمين الاجتماعى ، وارتفاع مستوى المعيشة مما يؤدى الى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الطبية لدرجة التشبع .

توزيع الاسرة : ان التوزيع الجغرافى المتعادل للأسرة بين المناطق المختلفة يزيد من كفاءة استخدام المستشفيات ،حيث يتيح الفرص كاملة لجميع السكان ، بينما يؤدى تكدس الأسرة فى المناطق الحضرية الى انخفاض معدلات اشغال الاسرة على مستوى الدولة ككل . اذ ان عددا كبيرا من سكان الريف لاتتاح له الفرصة للاستفادة الكاملة من المستشفيات ، بسبب بعد المسافة وظروف التغرب اثناء العلاج .

تكاليف العلاج بالمستشفيات : يتأثر استخدام المستشفيات بطريقة تحمل المواطن لتكاليف العلاج .

وهناك عدة انماط معروفة لأداء تكلفة العلاج بالمستشفيات وهى العلاج المجانى ، والعلاج التأمينى ، والعلاج الاقتصادى بأجر ميسر ، والعلاج الخاص على نفقة المنتفع .

فئات السن بين السكان : يؤدى ارتفاع السن وانخفاضه – أى زيادة نسبة المسنين والأطفال – الى زيادة كم أيام العلاج بالمستشفيات ، مما يؤدى الى ارتفاع نسبة اشغال الأسرة ومتوسط اقامة المريض .

نوعيات الحالات المرضية : يتأثر استخدام المستشفى بالحالات المرضية الشائعة بالمجتمع ، فعلى سبيل المثال : يتسبب ازدياد الاصابات بالأمراض المعدية الحادة فى زيادة حالات الدخول مع قصر مدة الاقامة ، بينما تتسبب الأمراض المزمنة والمستعصية والأمراض

الضمورية والصدرية فى زيادة متوسط مدة الاقامة بالمستشفيات ، مع وجود قوائم انتظار للمرضى .

الاسكان :يلاحظ فى بعض الدول ، ان كثيرا من حالات دخول المستشفيات لا تتم بسبب حاجة الفرد الى الرعاية الطبية بالمستشفى ، ولكن بقدر وجود ظروف غير مواتية لرعاية المريض بالمنزل ، مثل ضيق المسكن ، وقلة العمالة المنزلية ، تظهر هذه الحالات بوضوح فى المسنين الذين لايمكن رعايتهم ومتابعتهم بالمنازل فى حالة المرض .

كفاءة الخدمة العلاجية : وتشمل وفرة الأطباء المتخصصين والمقيمين بالمستشفيات ، وفئات التمريض والفئات الفنية المساعدة . مما يترك أثره على كفاءة الخدمة والتشغيل بالمستشفى . اذ ان أى قصور أو تزايد فى أى فئة من الفئات ، قد يؤدى الى نقص أو ارتباك فى التشغيل .

مدى كفاءة الخدمات الطبية المعاونة :

ان القصور فى كفاءة الخدمات المعاونة بالمستشفيات – وهى اقسام الاشعة وخدمات المعامل وغرف العمليات وغيرها ، سواء من ناحية الأفراد أو سعة المكان أو قلة التجهيزات وقدمها – يؤثر فى معدلات اشغال الأسرة بالمستشفيات ، لما يسببه من اطالة متوسط اقامة المريض بالمستشفى .

كفاءة الخدمات الادارية والتنظيم الداخلى بالمستشفيات :

الخدمات الادارية مثل : اجراءات الدخول والخروج ونظم توريد وتسلم وصرف الأغذية والأدوية وأعمال الصيانة – تؤثر تأثيرا مباشرا على كفاءة المستشفيات . كما أن المبالغة فى تقسيم المستشفى الى اقسام منفصلة كثيرة ، تقلل من كفاءة استخدام الأسرة .

توفير خدمات طبية خارج المستشفيات : وتؤدى الى تقليل عدد الحالات التى تتردد على المستشفيات ، وتجنب دخول كثير من المرضى بغير ضرورة خاصة ويمكن للمراكز الطبية والعيادات الشاملة والعيادات الخارجية ان تقوم بهذه المهام اذا توفرت بها الخدمات الاستثمارية ووسائل التشخيص الاستثمارية ووسائل التشخيص الحديثة ، واذا مازودت هذه العيادات باقسام للطوارىء وغرف للملاحظة .

المستشفيات المصرية ومشكلاتها

مبانى المستشفيات :

يعانى كثير من المستشفيات الحكومية من : عدم تناسب التصميم المعمارى للمستشفى مع متطلبات التشغيل فى الاقسام الطبية وغيرالطبية ، ومن عدم تناسب امكانات المرافق كما ونوعا ، خاصة عند اجراء توسعات فى هذه المستشفيات او اضافة خدمات اخرى كما ان كثيرا من هذه المستشفيات قد انتهى العمر الافتراضى لها ، ودائما ما تنعكس محاولات ترميمها واصلاحها على زيادة تكاليف العلاج بها ، وعلى سبيل المثال ، فان ٤٥ ٪ من مستشفيات وزارة الصحة قد انشئت قبل عام ١٩٤٠، ومن ثم تحتاج الى عمليات احلال وتجديد .

وقد أدى قصور التنسيق بين هندسة مبانى المستشفيات وبين أجهزة التخطيط لمتطلبات المستشفيات الى اختلال التوازن المطلوب بين الطاقة العلاجية والطاقة الخدمية (تسهيلات الخدمة) فى المستشفيات .

التجهيزات :

نظرا لتعدد انماط مبانى المستشفيات واعدادها وعدم وجود جهاز متخصص فى انشاء المستشفيات وتجهيزها – حيث تقوم جهات عديدة بهذه العملية – فان كثيرا من المستشفيات المنشأة حديثا تعانى بشكل ما من :

– نقص أجهزة هى فى أشد الحاجة اليها ، أو توافر أجهزة تربو على حاجتها وذلك لعدم وجود تنسيق فى توزيع هذه الأجهزة بين الجهات المستوردة وعدم وجود معدلات نمطية للتجهيزات حسب الاحتياجات الفعلية لكل مستشفى ومستواه .

– تعدد مصادر الأجهزة من نوع واحد ، مما أدى الى وجود مشكلات عديدة فى الصيانة وتوفير قطع الغيار والقطع المساعدة .

– القصور فى إعداد الفنيين المتخصصين فى تركيب وصيانة هذه

التجهيزات .

– القصور فى تحديث المعدات النمطية لتجهيز المستشفيات .

– عدم وجود نظام يحكم عمليات الصيانة والاصلاح للأجهزة والمعدات ، مما يؤدى الى تأخير عمليات الاصلاح وزيادة تكلفتها .

القوى العاملة :

يعانى بعض المستشفيات من مشكلات متعلقة بالقوى العاملة ترجع الى عوامل كثيرة اهمها :

عدم وجود هيكل وظيفى ، ومقررات وظيفية للعاملين بالمستشفيات ، والالتزام بها وتحديثها فى حالة وجودها مما يؤدى الى :

– وجود زيادة فى بعض نوعيات الأطباء ونقص البعض الآخر .

عدم عدالة توزيع الأطباء على المستشفيات ، وخصوصا الأخصائيين ، حيث تتركز الاغلبية فى المستشفيات الكبيرة لعواصم المحافظات والمدن وكذلك عدم رغبة عدد كبير من الأطباء الأخصائيين الجدد فى العمل بالريف .

– النقص الشديد فى عدد العاملات بالتمريض بصفة عامة ، وخريجات المعهد العالى للتمريض (مشرفات التمريض) بصفة خاصة ، الى جانب وجود فجوة كبيرة بينهن وبين خريجات مدارس التمريض .

– ضعف مستوى الخريجين من كافة التخصصات ، مع عدم تدريبهم على العمل بالمعدات والآلات والتجهيزات الحديثة ، مما ينعكس أثره على كفاءة الخدمة بالمستشفيات .

– عدم عدالة توزيع هيئات التمريض والمساعدين الفنيين داخل الوحدات الصحية ، وكذلك جغرافيا على المحافظات المختلفة .

– النقص الواضح فى بعض الفئات الفنية المساعدة ، مثل السكرتارين الطبيين .

– القصور فى عدد ونوعيات العاملين فى مجالات الشئون المالية والادارية – مع ربط ذلك بالتشغيل – وعدم اعدادهم الاعداد اللازم .

– النقص الشديد فى الوظائف الاشرافية ، مثل وظائف مديرى المستشفيات ، والمديرين العلاجيين بمديريات الشئون الصحية بالمحافظات ، نظرا لضعف المرتبات وبدلات التفرغ ، مما لايشجع العديد من الأطباء على هذا النوع من الوظائف ، كما لايتناسب ايضا مع المسئوليات الملقاة على عاتق أصحاب هذه الوظائف .

– شيوع عدم الالتزام وعدم تحمل المسئولية بين عدد غير قليل من العاملين عامة ، مما يؤثر تأثيرا مباشرا على كفاءة الخدمات ، ومن بينها خدمات المستشفيات .

ضعف التمويل :

تعانى المستشفيات الحكومية من قلة التمويل المخصص لها ، ويرجع ذلك الى ضعف الانفاق الحكومى على الخدمات الصحية ، حيث يمثل حوالى ٢.٥ ٪ فقط من اجمالى الميزانية العامة للدولة . وعلى سبيل المثال ، فان الميزانية المتاحة الآن لتشغيل السرير بوزارة الصحة غيركافية لتقديم الخدمة الصحية على المستوى المطلوب نظرا للزيادة المطردة فى أسعار الأدوية والأغذية وأفلام الأشعة والمحاليل والمستلزمات الفندقية ، وعدم تخصيص ميزانية لخدمات العيادة الخارجية .

القواعد واللوائح :

يلاحظ فى شأن القواعد واللوائح المنظمة للعمل بالوحدات الصحية العلاجية ما يأتى :

– عدم ملاءمة اللوائح المالية ولوائح المخازن والمشتريات لطبيعة العمل بالمستشفيات وكثيرا ما تكون هذه اللوائح عقبة فى سبيل الحصول على الأجهزة وسائر المعدات الحديثة .

– عدم توافر ادلة للعمل الادارى بالمستشفيات يلم بها جميع العاملين حيث نتج عن ذلك : ان اداء عمليات الخدمة الطبية يتم بطريقة تعتمد على التجربة والخطأ ، ودون تنسيق بين الأجهزة .

– عدم المام المسئولين بتطبيق الأساليب الادارية الحديثة ومتطلباتها .

– تخلف اللوائح الخاصة بنظام العهد وتعقيدها .

– تضييق حرية المستشفى فى التصرف فى بنود الباب الثانى من

الميزانية (المصروفات الجارية) .

– التداخل والازدواج فى الاختصاصات بين الأقسام الادارية والفنية بالمستشفى ، وعدم وجود تحديد واضح لاختصاصات العاملين بالمستشفيات على اختلاف نوعياتهم .

– تعدد أجهزة الرقابة الخارجية وافتقارها الى مفهوم التعاون مع المستشفيات لتسهيل مهمتها .

مشكلات التخطيط والتنسيق للخدمات العلاجية : وتتلخص فيما يأتى :

– عدم وجود سلطات تنفيذية ملزمة للجهة المسئولة عن التخطيط للخدمات العلاجية على المستوى القومى ، وكذلك على المستوى الاقليمى ، لتحقيق الاكتفاء الذاتى من الخدمة العلاجية فى اطار المحليات .

– عدم وجود جهة مسئولة تتولى مهمة التنسيق والتكامل بين الخدمات العلاجية فى كافة قطاعات الدولة سواء بالوحدات الحكومية أو وحدات القطاع العام او الوحدات الخاصة ، وذلك على المستوى العام والمحليات .

– قصور البيانات ونظم المعلومات الحديثة – والكفيلة بترشيد اتخاذ القرار – فى عدد كبير من المواقع العلاجية .

قصور الخدمات الصحية الفندقية :

يؤدى قصور الخدمات الفندقية (التغذية – المغسل – النظافة) ، فى كثير من المستشفيات الحكومية ، الى احجام عدد من المرضى عن دخول المستشفى أو الابقاء به . ويرجع ذلك الى :

– انخفاض مستوى التغذية فى المستشفيات كما ونوعا ، بسبب القصور فى الاعتمادات المالية . الى جانب عدم توفير وسائل التخزين الملائمة لحفظ المأكولات وانخفاض كفاءة تجهيز الطعام نتيجة لانخفاض المستوى المهنى للطباخين وضعف اجورهم ، مما يبعد الكفايات منهم عن العمل فى المستشفيات .

– سوء حالة المرافق العامة فى بعض المستشفيات أو فى المناطق التى يوجد بها انقطاع للمياه والكهرباء أو طفح بالمجارى

– انخفاض مستوى النظافة بسبب النقص فى عدد العاملين القائمين بها ، وضعف الرقابة عليهم ، وعدم استخدام الآلات الحديثة فى النظافة ، هذا الى جانب عدم عناية الكثير من المرضى والزوار بنظافة المستشفى .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات برزت مجموعة من الآراء والاتجاهات ، فى مقدمتها ما يأتى :

– أن يؤخذ بمبدأ التخصص فى ادارة المستشفيات ، بحيث يعاون مدير المستشفى : مدير مالى يهتم بكافة الشئون المالية ، ومدير ادارى يختص بكافة الشئون الادارية ، ومدير فندقى يعنى بالشئون الفندقية بالمستشفى .

– ان ينظرفى تطبيق نظام التفرغ للعاملين بالمستشفيات ، مع تحسين اجورهم حفزا على بذل مزيد من الجهود ، وتحسين الخدمة .

– ان تعالج اسباب عدم الاقبال على مهنة التمريض ، حتى يمكن توفير احتياجات المستشفيات من الممرضات على ضوء توصيات المجلس فى المجلس فى هذا الشان .

– ان تنشأ مدارس خاصة – تكون مدة الدراسة بهاخمس سنوات – لتخريج الفئات المعاونة بالمستشفيات ، مثل فنيى المعامل والاشعة ، وغيرهم .

– أن التوسع فى استخدام الاخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات أمر مرغوب وذلك لدراسة حالات المرضى الاجتماعية ، والعمل على تخفيف العبء المالى والاجتماعى عنهم ، وما الى ذلك من جوانب النشاط المهنى الاجتماعى .

وعلى ضوء ما سبق جميعه يوصى بماياتى :

فى شأن تكامل الخدمات الطبية :

* ضرورة إحكام التخطيط والتنسيق ، لتكامل الخدمات الطبية بين

الحكومة والقطاع العام والتأمين الصحى ، والوزات والهيئات المعنية والجامعات والقطاع الخاص ، ضمانا لحسن الاستفادة من الامكانات المتاحة ، ويقتضى ذلك :

* إعادة تشكيل المجلس الأعلى للصحة بما يتيح لممثلى القطاعات الصحية المختلفة مشاركة فعالة فى اعماله ، على ان يعاد النظر فى سلطات ومسئوليات المجلس بما يسمح بالآتى :

– ان يختص المجلس بوضع الخطة القومية الشاملة للخدمات الصحية بالتنسيق بين وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى ، وقاية وعلاجا ودواء وتعليما .

– التنسيق لحسن استخدام الامكانات المتاحة من خلال وضع التنظيم الذى يكفل تسلسل الخدمات الطبية والصحية ف مستوياتها المختلفة (الممارس العام – الاخصائى – خدمة المستشفيات – خدمة الطوارىء والاسعاف) وذلك بتطبيق نظام البطاقة الصحية وتكامل الخدمات الطبية والصحية .

– ان يتولى المجلس توفير البيانات الاحصائية الدقيقة من خلال الاتصال المستمر بمراكز المعلومات فى مختلف الجهات ، ما يضمن استمرار حركة الافكار والمعلومات بين ممثلى القطاعات المختلفة فى المجلس .

– ان تخصص بالمجلس وحدة لدراسة اقتصاديات الخدمة الصحية المستهدفة فى المستقبل القريب والبعيد بغرض : تحديد معدلات واضحة غير ارتجالية تستند اليها مشروعات الخدمات الطبية فى تقدير حسابات تمويلها ، وتقييمها لمدى نجاح برامج التشغيل المعدة ، واكتشاف نواحى القصور مبكرا ، بهدف تحقيق أعلى مستوى خدمة بأقل تكلفة ممكنة .

* توفير مستوى للخدمة العلاجية لغير القادرين من المواطنين ، يتمثل فى :

خدمة الممارس العام ، وخدمة الطوارىء والاسعاف ، وخدمات الاخصائى ، وذلك على مستويات الرعاية الصحية الأساسية فى الريف والحضر مما يخفف العبء الملقى على كاهل المستشفيات ، ويضمن عدم تكرار الخدمات التى تؤدى فى كل مستوى .

* العمل على زيادة نسبة اشغال الأسرة المتاحة بالمستشفيات القائمة حاليا ، وزيادة دورة السرير ، كبديل مؤقت لانشاء مستشفيات جديدة .

* ان يتم تدريجيا وعلى مراحل تحقيق الانجازات الآتية :

– انشاء عيادات خارجية شاملة وتجهيزها تجهيزا جيدا بالتوسع فى الخدمات العلاجية خارج المستشفى تلحق بالمراكز الصحية والحضارية وغيرها . مع العمل – تدريجيا – على استكمال شبكة هذه المراكز وتزويدها بالتخصصات اللازمة .

– انشاء المعاهد والمستشفيات المتخصصة طبقا للاحتياجات القومية ، على غرار : مستشفيات الحميات ، ومعهد القلب ، على أن توفر لها المقومات التى تمكنها من اداء وظائفها فى العلاج المتخصص والبحث والتعليم وتكون هذه المراكز المتخصصة مسئولة عن تطوير الخدمة فى فروع تخصصاتها ، ومرتبطة بالأقسام والوحدات التى تقوم بهذه الخدمات بالمستشفيات العامة .

فى شأن المبانى :

* انشاء مراكز هندسية متخصصة فى بناء وتجهيز المستشفيات تقوم باعداد نماذج وانماط مختلفة من أبنية للمستشفيات وبتكاليف متعددة ومساحات متنوعة . بحيث يمكن للجهات المختصة الرجوع اليها عند الانشاء والتجهيز والتشغيل ، وقت اجراء التوسعات بهدف الاقتصاد فى التكاليف ، وبحيث تناسب كل التخصصات ودرجات العلاج .

* ان يراعى عند القيام باجراء التصميم المعمارى للمبنى : متطلبات التشغيل فى الاقسام الطبية وغير الطبية ، بما يسمح بانسياب العمل طبقا للدورة المخصصة لنظام سير العمل دون وجود اختناقات تعوق ذلك .

* ان تتناسب المرافق كما ونوعا مع الشروط الصحية والسعة الفعلية

والمستقبلية للمستشفى ، وان يراعى فيها اتخاذ الاجراءات الأمنية لسلامة المبنى ولمن يستخدمونه ، مع توفير الاجهزة الاحتياطية والبديلة بالمرافق ، خصوصا مايتعلق بالكهرباء والمياه .

* ان تشمل خطة اقامة المبانى بالمستشفيات توفير المساكن اللازمة لاقامة العاملين بالمستشفى ، ضمانا لحسن سير العمل وانتظامه .

* ضرورة الاسراع بانجاز عمليات الاحلال والتجديد للمستشفيات التى انتهى عمرها الافتراضى ، عن طريق مراكز هندسية متخصصة ، على ان تراعى متطلبات التشغيل لكافة مرافق هذه المستشفيات .

فى شأن التجهيزات :

* ان تراعى عدالة توزيع الأجهزة المكلفة والحديثة (مثل : أجهزة الأشعة المقطعية - الغسيل الكلوى - علاج الأورام) جغرافيا على المحافظات المختلفة ، بما يضمن توفير خدمات هذه النوعية من التجهيزات لجميع المواطنين .

ومنع تركيز هذه الأجهزة أو تراكمها فى مناطق أو وحدات محدودة ، مما يمنع الضغط على هذه الوحدات والمناطق .

* توفير مركز تجهيزات على المستوى المركزى ، تكون له فروع فى المحافظات ويقوم بالخدمات الآتية :

- توفير المعلومات عن الأجهزة المختلفة والشركات المتخصصة ، لجميع الجهات الطالبة وتقديم المشورة فى شأن التعامل مع الشركات ذات السمعة الطيبة والتى لها فروع للصيانه وقطع الغيار داخل البلاد والعمل على توحيد مصادر هذه الأجهزة بقدر الامكان .

- ان يلحق بهذا المركز مدرسة تدريبية لتخريج الكوادر الفنية اللازمة لأعمال التركيبات والصيانة مع وضع خطة تدريبية مستمرة للعاملين فى هذا المجال .

- التعاون مع الأجهزة الحكومية الأخرى لتوفير العملات الصعبة اللازمة لشراء الأجهزة وقطع الغيار الخاصة بها .

- انشاء مراكز صيانة اقليمية الى جانب مراكز صيانة متخصصة فى التجهيزات الحديثة والغالية الثمن .

- توفير متطلبات الاقامة من حدائق ومكتبات ، وملاعب ، وغيرها .

- توفير مراكز صيانة ذات مستوى رفيع يمكن الاستعانة بها عند حدوث الأعطال علاوة على قيامها بتدريب العمالة اللازمة لاجراء الصيانة لكافة مرافق المبنى (كعمليات الدهان والترميم واصلاح المصاعد والثلاجات وأجهزة التكييف واعمال السباكة والنجارة والكهرباء) .

- دراسة امكان انشاء شركات متخصصة فى التجهيزات الطبية وغير الطبية المتصلة بالمستشفيات (قطاع عام أو خاص) تعمل من خلال تراخيص حكومية ، وتكون لها ميزانياتها المستقلة والكوادر المالية والادارية الخاصة بها . على ان تضم مراكز متخصصة فى تشغيل وصيانة واصلاح وتحديث كل ماتضمه المستشفيات من أجهزة .

- الاهتمام بالجانب الاحصائى بالطرق الحديثة ، وادخال الكومبيوتر الصغيرة بالمستشفيات ، وربطها بالوحدات الكبيرة بوزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى .

فى شأن التمويل :

* تنظيم واعادة توصيف انماط العلاج الطبى في مصر بما يسمح بمشاركة المجتمع فى التكاليف كل حسب مقدرته وذلك لحل مشكلات التمويل مع مراعاة الآتى :

- بالنسبة للعلاج المجانى : يسمح به للأفراد العاملين للبطاقة الصحية والمرتبطين ارتباطا تاما بوحدات صحية محددة وبنظام محدد بالنسبة للتمويل لكل مستوى من المستويات الفنية (ممارس - اخصائى مستشفى - مركز تخصصى) على ان يساهم المواطن بأجور رمزية فى الكشف وقيمة الدواء (تكلفة العبوة) .

- تطوير العلاج الاقتصادى : وذلك من خلال مساهمة جمهور

المنتفعين مساهمة مناسبة من أجل رفع مستوى الخدمة بهذا النوع من العلاج .

– زيادة موارد التامين اصحي بالتدرج في رفع نسبة مساهمة المنتفعين به .

– التوسع في التأمين الصحي وذلك بتشجيع انماط جديدة للتأمين الصحي للأفراد وعائلاتهم ، مع التدرج في زيادة مساهمة المنتفع وصاحب العمل ، لتتواكب مع اطراد زيادة التكاليف الفعلية للعلاج .

ويمكن للنقابات المهنية وشركات التأمين والشركات والمؤسسات الكبرى الخاصة ، ان تقوم بدور بارز في هذه الانماط الجديدة الخاصة من التأمين الصحي .

* زيادة نسبة الانفاق الصحي الحكومي ، بغرض رفع مستوى الخدمات في جميع الوحدات ويمكن ان تتم مضاعفة هذه النسبة خلال المرحلة القادمة ، للوفاء بالاحتياجات المطلوبة – بما في ذلك الانفاق على الخدمات الطبية العسكرية مع العمل – تدريجيا وعلى مراحل – على ان تكون نسبة الانفاق الحكومي مواكبة للمعدلات العالمية بقدر الامكان .

* عدالة توزيع الاعتمادات المالية على المحافظات حسب الحاجة الفعلية وان يراعى استخدام هذه الموارد المالية الاستخدام الامثل من خلال تطوير نظم الادارة .

* عند توزيع الاعتمادات المالية داخل المحليات ، ينبغي ألا يتم ذلك بناء على عدد الاسرة بالمستشفيات ،بل يجب مراعاة حجم العيادات الملحقة بالمستشفيات وحجم التشغيل ومستوى الخدمة المقدمة ، مع ايجاد نظام مالي مستقل لكل مستشفى .

في شأن القوى العاملة :

* حل مشكلات القوى العاملة كما ونوعا ويقتضي ذلك :

– العمل على نشر الوعي بأهمية الادارة الجماعية في المستشفى ، مع توضيح أهمية دور مدير المستشفى في قيادة الفريق والتنسيق بين افراده وتحريكهم نحو الهدف المطلوب ويساعد على ذلك عقد الدورات التدريبية المستمرة ، الى جانب الندوات العلمية لأفراد الفريق العامل بالمستشفى .

– وضوح دور كل فرد في العمل (واجباته ومسئولياته) وبيان أثر عمل كل فرد على اداء زملائه الآخرين في الفريق ، حتى تختفي صورة الفردية في ممارسة العمل .

– يتعين وضع قواعد ملزمة للثواب والعقاب لأي من العاملين مع تقييم عمل كل منهم دوريا لوقف أي نوع من التسيب أوعدم المبالاة بين العاملين .

– يراعى عدالة توزيع القوى العاملة على المستشفيات وبخاصة الفئات الآتية (الاطباء الاخصائيون – مشرفات التمريض والمرضات – المتخصصون في الاعمال المالية والادارية) حتى يمكن ضمان قيام القوى العاملة بالعمل على خير وجه .

– التنسيق مع الجامعات والمعاهد الفنية المختلفة في تطوير الدراسات لكافة المهن المشتركة في الفريق الصحي واتاحة المام كل فرد بالاجهزة الحديثة التي قد تواجهه اثناء ممارسته للعمل مع زيادة فترات التدريب العملي .

– ادخال علم الادارة الصحية في دراسة طالب الطب ، حيث ان الطبيب بعد تخرجه يكون مسئولا في اغلب الاحيان عن ادارة الوحدات الصحية التي يعمل بها . مع اعطاء الأطباء – في المستويات الوظيفية المختلفة – دورات تدريبية في الادارة .

– الاهتمام في دراسة طالب الطب وهيئة التمريض ، وكذلك في تدريب سائر الفئات الأخرى العاملة بالمستشفيات بمراعاة الجانب الاجتماعي والديني والنفسي في التعامل مع المريض مع مايستلزمه ذلك من ضرورة وجود وحدات للعلاقات العامة والخدمة الاجتماعية بكل مستشفى لأهمية هذا الجانب من الخدمة .

– العمل على زيادة العائد المادي للفريق العامل بالمستشفيات وذلك عن طريق حسن تطبيق مبدأ الحوافز الايجابية .

في شأن القواعد واللوائح المنظمة للعمل :

* زيادة كفاءة الخدمات الادارية والتنظيم الداخلي بالمستشفيات ويقتضى ذلك ما يأتي :

– تحرير اللوائح الراهنة مما يعوق العمل بالمستشفيات – وخاصة اللوائح المالية والمخزنية – بما يسمح بأداء العمل بسهولة ويسر .

– وضع المعايير اللازمة للأداء وتقييم الأعمال وتنظيم قاعدة الثواب والعقاب .

– تحديد اختصاصات وواجبات ومسئوليات كل فرد من العاملين في المستشفى مع بيان تسلسل القيادات في المستشفى بوضوح .

– تنظيم وتسهيل عمليات التعامل مع الأجهزة المحلية ، سواء التنفيذية او الشعبية وتوضيح دور هذه الأجهزة وعلاقاتها مع القيادات الصحية .

– ضرورة توفير كتيبات ارشاد عن الاجراءات المختلفة التي تتخذ في العمل ، ليمكن الرجوع اليها عند الحاجة .

– العمل على الارتفاع بمستوى التسجيل الطبي بالمستشفيات ، وتوفير البيانات الاحصائية عن الانشطة المختلفة للمستشفى ككل ولكل قسم على حدة بغرض الدراسة والتقييم وترشيد الأعمال .

– توحيد الانشطة المحاسبية بالمستشفيات مع مراعاة اختلاف نوع الخدمة (مجاني – اقتصادي – بأجر) وادخال نظم الحاسبات الآلية بها .

في شأن الخدمات الصحية الفندقية :

* العمل على توفير الأجهزة الحديثة من المغاسل والمطابخ والغلايات وأماكن التخزين وأدوات تقديم الغذاء للمرضى .

* توفير العمالة الفنية المدربة على أعمال تحضير وطهي وحفظ وتوزيع وتقديم الوجبات الغذائية للمرضى والعاملين بالمستشفى ، وعلى مراقبتها .

* تشجيع الاحساس بالجمال والنظافة لدى المرضى والعاملين بالمستشفيات .

* العمل على ضغط احتياجات الاستهلاك من الدواء والأصناف المستهلكة ، حتى لايحدث اختناق مع توفير معدلات مقننة لذلك تلتزم بها جميع الوحدات .

* دراسة امكان الاستعانة بشركات نظافة وشركات تغذية تتولى عمليات النظافة والتغذية بالمستشفيات ، من خلال تطبيقات عملية تبين بوضوح اقتصاديات هذا النظام في حالة الالتزام به أو اللجوء اليه .

في شأن تنشيط دور المجتمع :

للمجتمع دور حيوي في الارتقاء بمستوى الخدمات التي يؤديها المستشفى ومن ثم ينبغي العمل على تحقيق ما يأتي :

* توعية الجماهير بواجباتهم نحو المستشفى ، من حيث : عدم الاسراف في طلب الخدمة دون مبرر ، والحفاظ على نظافة المكان ، وحسن استخدام المرافق ، والامتثال للنظم المعمول بها . اذ ان هذا الالتزام يعود بالفائدة على المنتفع بالخدمة .

* المساهمة الشعبية في حل مشكلات التمويل . من ذلك تشجيع المواطنين على التبرعات سواء كانت نقدية أو عينية – الى جانب حفز القادرين منهم على المشاركة في تكاليف الخدمة الطبية واقامة المستشفيات .

* حفز المواطنين على العمل التطوعي في مجالات الادارة وأعمال النظافة والفندقة .

استراتيجية الصحة المدرسية

يمثل التلاميذ قطاعا هاما من قطاعات المجتمع يشكل حوالى خمس التعداد العالمى للسكان ، وترجع أهمية هذا القطاع الى انه يمثل غد الأمة ومستقبلها ولذا كان كل جهد أو مال يبذل فى رعايته هو استثمار ينعكس عائده على الوطن .

ولا شك أن التغلب على مشكلات الصحة المدرسية ، وانجاح برامجها وتحقيق أهدافها يقتضى التنسيق والتعاون المثمر بين جهاز الصحة المدرسية وبين وزارة التربية والتعليم من جانب ، وبينها وبين الأسرة والبيئة المحلية من جانب آخر ، حتى يمكن الحصول على خدمة تحقيق التكامل البدنى والنفسى للتلاميذ ، وتهيىء الاستفادة من العملية التعليمية باقصى بدرجة ممكنة ، وتكون قادرة على اكتشاف وتصحيح الأخطاء والانحرافات الصحية وتقديم العلاج المناسب فى الوقت المناسب ، وسط بيئة آمنة خالية من مصادر الخطر والتلوث .

برامج الصحة المدرسية

تعتبر الصحة المدرسية من أقـــدم الخدمـــات فى مصر ، وقد أصبحت – عبر العديد من التطورات – أحد أجهزة قطاع الشئون الوقائية بوزارة الصحة ، وفقا لنص القرار الجمهورى رقم ٢٦٨٩ لسنة ١٩٧٥ والخاص بتنظيم هذه الوزارة .

ويتلخص برنامجها فى تأدية مجموعة من الخدمات تتمثل فيما يأتى:

فى الرعاية الوقائية :

– اصحاح البيئة الطبيعية بالمدارس بعمل مسح شامل للبيئة المدرسية والمبانى والمرافق لتحديد نواحى القصور بها ، والعمل مع المسئولين فى مديريات التربية والتعليم والمجالس المحلية على تلافى أى نقص فيها قبل بدء العام الدراسى .

– اجراء الفحوص الطبية الدورية الشاملة للتلاميذ .

– وضع نظام دقيق للتطعيم والتحصين فى سن المدرسة يهدف الى رفع المناعة الجماعية فى المجتمع المدرسى ، ويجرى التحصين ضد الامراض المختلفة حسب ما تقتضيه الضرورة الصحية وضد الامراض المعدية بصفة عامة .

– فحص المرشحين للفرق الرياضية ولممارسة السباحة ، للتأكد من لياقتهم البدنية لممارسة أنواع الرياضة المرشحين لها ، وتوجيههم الى أنواع الرياضة التى تتناسب مع امكاناتهم الصحية .

– يقوم أطباء الصحة المدرسية بالفحوص والتحصين والاشراف على رواد المعسكرات والمخيمات ، واستيفاء الشروط الصحية اللازمة فى المطابخ والحمامات وحلقات الألعاب المختلفة .

فى الرعاية العلاجية :

– علاج ومتابعة الحالات المرضية الطارئة ، والحالات المكتشفة من الفحص الطبى الدورى الشامل .

– العمل على تصحيح الأخطاء الصحية وامداد الطلبة بالأجهزة التعويضية اللازمة .

– متابعة علاج المرضى والمعوقين وتوجيههم والتشاور مع أسرهم ، حتى تتحقق لهم اقصى استفادة من امكاناتهم الصحية والعقلية .

– اجراء الاسعافات الأولية السريعة فى حالة وقوع الحوادث .

– الاهتمام بعلاج الأمراض المتوطنة المكتشفة اثناء الفحص الدورى

الشامل واجراء المتابعة والفحص بعد العلاج للتأكد من الشفاء .

فى الخدمات الاجتماعية :

– رعاية غير الأسوياء من التلاميذ ، وتزويدهم بالاجهزة التعويضية من بند الرعاية الاجتماعية للطلبة ، وبالاطراف الصناعية من بند التأمين على الطلبة ضد الحوادث .

– القيام بالابحاث الاجتماعية الميدانية لحل أى مشكلة اجتماعية تعوق التقدم الدراسى للتلميذ .

فى الخدمات التثقيفية الصحية :

– الاستفادة من العامل الزمنى الذى يتيح بقاء التلاميذ فى المدارس طوال سنوات الالزام لارساء قواعد السلوك الصحى السليم ، عن طريق القدوة الحسنة والتكرار والمتابعة والممارسة والتثقيف .

– تشجيع اشتراك التلاميذ فى مراكز خدمات البيئة وتنظيم اشتراكهم فى مشروعاتها مع توجيههم ومساعدتهم فى التخطيط لذلك وعقد المحاضرات والندوات التى يدعى اليها أطباء الصحة المدرسية للاسهام فى رفع الوعى الصحى للتلاميذ .

الاوضاع الراهنة لخدمات الصحة المدرسية

ابرزت الدراسات الميدانية ، وما اسفر عنها من احصاءات وبيانات مجموعة من النتائج والمؤشرات منها :

– ان وحدات الصحة المدرسية فى الحضر وعددها حوالى ٢٠٠ وحدة ، وأقسام الصحة المدرسية فى المراكز الصحية الحضرية وعددها ١٠٥ تنفذ برنامج الصحة المدرسية على تلاميذ الحضر البالغ عددهم ستة ملايين أما فى قطاع الريف فيعتبر برنامج الصحة المدرسية أحد البرامج الهامة التى تنفذها الوحدات الصحية بالريف وعددها ٢٦٠٠ ، لتغطى بذلك خدمات الصحة المدرسية لتلاميذ قطاع الريف البالغ عددهم أربعة ملايين .

ويعاون الأطباء فى الاشراف الصحى على المدارس ٥٢٦١ زائرة صحية ، يشرف عليهن ٣١٤ مفتشة زائرات ، علاوة على ستة آلاف ممرضة – ممن يعملن فى وحدات الريف – يقمن بزيارة المدارس لأداء دور الزائرة الصحية . ويبلغ عدد الأطباء الممارسين فى وحدات الصحة المدرسية بالحضر والمراكز الصحية الحضرية (أقسام الصحة المدرسية) ثلاثة آلاف طبيب وتضم وحدات قطاع الريف ثلاثة آلاف طبيب ينفذون برنامج الصحة المدرسية ضمن برامج خدمات الرعاية الصحية الأساسية التى يتولون تقديمها لقطاع الريف .

وتضم وحدات الصحة المدرسية بالحضر ٧٠٠ طبيب أسنان ، كما توجد ٦٠٠ عيادة أسنان بوحدات قطاع الريف تقدم خدماتها لتلاميذ الريف .

هذا علاوة على وجود الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين مثل مساعدى المعامل وفنيى الأشعة .

– يختص الممارس العام بمجموعة مدارس يكون مسئولا عنها ، ويتردد عليها بانتظام وفق خط سير معتمد . والمعدل المعمول به أن يشرف كل طبيب مدرسى وقائيا على ٤٠٠٠ تلميذ ، ويشرف أطباء القطاع وقائيا على المدارس التابعة لهم .

– يعانى التلاميذ من مشكلات صحية أهمها : سوء التغذية وتأخر النمو وفقر الدم وتأخر البلوغ الجنسى . كما أن الاصابة بالطفيليات عالية اذ ان ٤٤ ٪ من أطفال المرحلة الابتدائية مصابون بالطفيليات وأهمها الانكلستوما فان معدل الاصابة ٣٥ ٪ .

أسباب المشكلات الصحية :

تنقسم اسباب المشكلات الصحية بين الأطفال فى السن المدرسية الى أسباب ترجع الى الطفل نفسه كالأمراض الخلقية والوراثية ، واسباب ترجع الى البيئة المحيطة به كالظروف الاجتماعية والحالة الاقتصادية للأسرة ، وعدم صلاحية البيئة المدرسية من حيث التهوية والاضاءة والصوتيات وسوء حالة المرافق الصحية المدرسية .

مظاهر القصور فى الخدمات الصحية المدرسية :

- تقدم المجموعة الصحية الخدمات الى ٣٠ الف تلميذ ، بينما تخدم الوحدة ١٠ آلاف تلميذ فى المتوسط ، ولكن كثيرا ما يحدث تجاوز كبير فى هذه المعدلات لايسمح بتقديم خدمة طبية مناسبة خاصة مع وجود عجز مستمر فى القوى العاملة لهذه الوحدات .

- انخفاض معدلات الأسرة المتاحة لتلاميذ المدارس ، فمستشفى الطلبة بالقاهرة مثلا به سرير واحد لكل ٥٢٢٣ تلميذا وفى الاسكندرية سرير لكل ٢١٤٢ تلميذا وفى المنصورة سرير لكل ٧١٧٥ تلميذ ، وفى الاسماعيلية سرير لكل ١٠٧٥ تلميذا .

- مبانى الوحدات الصحية المدرسية فى أغلب الأحيان قديمة ومؤجرة ، أو شاقة فى عمارة غير صالحة لخدمة عدد كبير من التلاميذ طبيا ، بالاضافة الى أن ضيق المساحة والجو غير الصحى الناتج عن عدم اعداد المكان اعدادا لائقا ، يؤثر على الحالة النفسية للتلاميذ والعاملين.

- الافتقار الى الاستعدادات المناسبة لحالات الطوارىء الصحية والاسعافات خاصة فى المدارس الابتدائية .

- عدم العناية بالاحصاءات والسجلات الطبية .

- ان البطاقة الصحية المدرسية لاتزال قاصرة وغير مستكملة ولا تحقق كل أهدافها .

- هناك نقص شديد فى الأجهزة والمعدات الطبية والآلات ، كأجهزة قياس السمع وقياس النظر ووحدات العلاج الطبيعى والمعامل علاوة على النقص الشديد فى ميزانية الأجهزة التعويضية .

- يعتبر النقص فى توفير الدواء مشكلة مزمنة ومستمرة ، وهى لاتقتصر على هذا النقص ، بل تتعداه الى وسائل التعبئة والحفظ .

- نقص عدد الزائرات الصحيات .

- عدم اقبال أطباء الأسنان على العمل فى الريف .

- تدنى الرعاية الطبية لطلاب الازهر وخاصة طلاب المعاهد الدينية التى تضم بعض الطلاب كفيفى البصر والذين هم أولى بالرعاية من غيرهم .

- عدم كفاية أعداد الطبيبات المتواجدات الدارسات فى مرحلة البلوغ فى المدارس والمعاهد الأزهرية .

الاستراتيجية المقترحة لتطوير خدمات الصحة المدرسية :

لاشك أن تطبيق التأمين الصحى على تلاميذ المدارس هو الحل الأمثل لمشكلات نقص الامكانات والموارد المالية ، حيث يمكن من خلاله توفير موارد اضافية من مشاركة أولياء الأمور ، كما يتوفر وضع برنامج تنفيذى متاح له حرية الحركة والانطلاق .

وهناك مبادىء واعتبارات عامة تجب مراعاتها عند تنفيذ البرامج أهمها :

- ضرورة مشاركة وزارة التربية والتعليم .

- ضرورة استمرار المسئولية المباشرة لوزارة الصحة عن الناحية الوقائية .

- مراعاة أن نصف التلاميذ ترعاهم الوحدات الصحية بالريف والمراكز الصحية بالحضر ، وهى وحدات تنفذ برامج متعددة مترابطة وليست مخصصة للصحة المدرسية .

- أهمية مشاركة اولياء أمور التلاميذ .

- الحاجة الملحة إلى تحسين المبانى والبيئة الصحية المدرسية .

- الحاجة الملحة الى زيادة عدد وحدات الصحة المدرسية .

وهناك محاذير يجب اخذها فى الاعتبار ، عند تبنى فكرة تحميل الهيئة العامة للتأمين الصحى هذه المسئولية الجديدة منها :

- أن الهيئة العامة للتأمين الصحى حاليا تنوء بأعباء التأمين الصحى على ٣,٥٠٠٠٠٠ منتفع ، واضافة حوالى عشرة ملايين منتفع آخر دفعة

واحدة أمر بالغ الصعوبة بالنسبة اليها .

– انه اذا رؤى تخفيف العبء بالبدء بمليون منتفع ، فيخشى أن يقف الأمر عند هذا الحد أو يسير التوسع ببطء ، كما حدث بالنسبة للهيئة العامة للتأمين الصحى التى كان مقررا أن تشمل مظلتها جميع المواطنين .

– ان مساهمة أولياء الأمور قد لاتكون كافية لتغطية جميع التكاليف طبقا لمعدلات الهيئة العامة للتأمين الصحى ، مما يجعل هذه الاضافة عبئا ضخما على الهيئة ، خاصة أن الهيئة تتضرر من التأمين الصحى على أصحاب المعاشات لأن مساهمتهم أقل من تكاليفهم ، مع الاختلاف الكبير فى الأعداد .

– ان الهيئة تؤمن بمبدأ أيلولة الوحدات التى تؤدى التأمين الصحى اليها ، وهو أمر يصعب تنفيذه بالنسبة لوحدات الصحة المدرسية بالريف والمراكز الصحية الحضرية .

ولعل الخبرة الواسعة التى تكونت لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى والالمام بالصعوبات التى واجهتها ، أن تكون مفيدة فى وضع المعدلات ومعايير التقييم دون أن تحمل الهيئة اضافة ادارة هذه الخدمة الى اعبائها الحالية .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها من مناقشات بالمجلس يوصى بالآتى :

* تحويل الادارة العامة للصحة المدرسية الى هيئة عامة للتأمين الصحى على الطلاب ، تتبع وزير الصحة ، وتتمثل فى مجلس ادارتها الوزارات والهيئات المعنية بالصحة والتعليم والحكم المحلى والتأمين الصحى ومجالس الآباء على مستوى الجمهورية . على ان يصدر بانشائها قانون خاص .

* تؤول الى الهيئة الجديدة جميع وحدات الصحة المدرسية وعياداتها ومستشفياتها وأجهزتها واداراتها ومخزونها السلعى ، وميزانيتها وجهازها الادارى ، وافرادها على اختلاف تخصصاتهم بجميع المحافظات . كما يؤول اليها رصيد صندوق التأمين على التلاميذ ضد الحوادث . وتنتقل الحقوق والالتزامات المترتبة على هذه الايلولة الى الهيئة .

* تتولى الهيئة الجديدة رعاية الطالب وقائيا وعلاجيا واجتماعيا ونفسيا .

* يكون تمويل نظام التأمين الصحى على الطلاب على الوجه الآتى :

– الاشتراكات السنوية التى يتحملها الطالب فى كل مرحلة من المراحل ، والتى تسدد عن كل عام دراسى وفقا للنظم وفى المواعيد التى يصدر بتحديدها قرار من وزير الصحة بالاتفاق مع وزير التعليم ، وتحدد قيمة هذه الاشتراكات دوريا بناء على حسابات التكلفة ، وتزايدها المطرد ، بما يؤدى الى تقديم خدمة متميزة الى الطلاب .

– المساهمة التى تتحملها خزانة الدولة . مع ايلولة صندوق التأمين على حوادث الطلبة الى هذه الهيئة .

– التبرعات والاعانات والهبات .

– نسبة من الفائض المخصص لصناديق التأمين كاعانة تكافل اجتماعى ، وذلك فى حدود نسبة تحددها هذه الصناديق .

* يحدد القانون المقترح عناصر الخدمة التى يحق للطالب الحصول عليها ، وذلك على الوجه الآتى :

أ– الخدمات الصحية الوقائية وتشمل :

x المسح البصرى الشامل عند اول التحاق فى كل مرحلة من مراحل التعليم .

x الجرعات اللازمة للتحصين ضد الامراض .

× المسح الطبى النوعى لطلاب الجهة بصفة دورية أو لظروف صحية طارئة .

× اعطاء التوصيات الطبية للجهة التعليمية لتوفير الاشتراطات الصحية اللازمة للمحافظة على مستوى صحة البيئة .

× نشر الوعى الصحى والثقافة الصحية بين الطلبة .

× الكشف على الطلاب الذين يمارسون أنشطة رياضية لتقرير مدى لياقتهم الصحية للقيام بممارسة هذه الأنشطة .

× الاشراف على تغذية الطلاب .

وذلك كله طبقا للشروط والأوضاع التى يصدر بتحديدها قرار من مجلس ادارة الهيئة .

ب – الخدمات العلاجية والتأهيلية :

وهى التى تقدم داخل الجمهورية فى حالتى المرض والاصابة وتشمل :

– الخدمات الطبية التى يؤديها الطبيب الممارس العام فى جهات العلاج المحددة .

– الخدمات الطبية على مستوى الأطباء الأخصائيين بما فى ذلك اخصائى الأسنان .

– الفحص بالاشعة والبحوث المعملية وغيرها من الفحوص الطبية .

– العلاج والاقامة بالمستشفى أوالمصح أو المركز التخصصى ، واجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى .

– صرف الأدوية اللازمة للعلاج .

– تقديم الأجهزة التعويضية .

وذلك طبقا للشروط والأوضاع التى تحددها الهيئة .

* أن ينص فى القانون المقترح على ما يأتى :

– أن تتولى الهيئة الجديدة الجانب الاجتماعى فى حالة الحوادث ، أو بالوفاة الناتجة عن حوادث كالتعويضات المالية وكافة أنواع الرعاية الاجتماعية الأخرى ، على أن يكون التأمين على الطلبة ضد الحوادث اجباريا وليس اختياريا كما هو الآن .

– وقف خدمات التأمين الصحى للطالب اذا لم يقم بسداد الرسوم او انتقل إلى جهة تعليمية لاتخضع للتطبيق ، أو أنهى دراسته لأى سبب من الأسباب ، وكذلك طوال المدد التى يقضيها خارج الجمهورية .

* تتولى الهيئة تقديم خدمات التأمين الصحى المشار اليها – سواء فى جهات العلاج التى تملكها الهيئة أو خارجها – من خلال التعاقدات التى تجريها مع جهات العلاج الأخرى أو الاطباء المفوضين ، وفقا لمستويات الخدمة الطبية التى تحددها الهيئة .

* تلتزم وزارة التعليم أو الجهات التى يسرى فى شأنها هذا القانون – كالمعاهد الأزهرية وغيرها من المعاهد – بتوفير المكان المناسب لانشاء عيادة طبية بالمدرسة أو المعهد الذى به ١٥٠٠ طالب فأكثر ، وتحصيل الاشتراكات من الطلاب وتوريدها للهيئة ، وكذلك مدها بكافة البيانات والاحصاءات التى تطلبها الهيئة ، وفقا لما يحدده قرار يصدر من وزير الصحة .

* الى أن يتم اتخاذ اجراءات ايلولة القوى العاملة من الادارة العامة للصحة المدرسية الى الهيئة الجديدة ، يندب العاملون فى هذه الجهات والذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير الصحة ، للعمل فى الهيئة الجديدة ، وذلك لحين نقل درجات من موازنة هذه الجهات الى موازنة الهيئة .

* النظر فى أن ينص فى القانون المقترح على اعفاء أموال الهيئة من كافة أنواع الضرائب والرسوم ، وعلى كافة المحررات التى يتطلبها تنفيذه من رسوم التمغة وعلى أن يكون من حق مندوب الهيئة دخول الجهات التعليمية للاطلاع على السجلات والدفاتر والأوراق والمحررات والملفات والمستندات التى تتعلق بتنفيذ القانون .

السياسة الصحية

عنيت الحكومات بسلامة أبناء شعوبها واكتمال سلامتهم ، بدنيا وعقليا واجتماعيا ، ورأت ضرورة تقديم الرعاية الصحية لجميع المواطنين باعتبار أن الصحة حق من الحقوق الأساسية لكل فرد فى المجتمع ، مما يتطلب وضع نظم رعاية صحية متكاملة ، اذ ان حالة الصحة تكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالانسان .

ولقد تطور المفهوم العالمى للصحة اذ يعرف دستور منظمة الصحة العالمية - الصحة بقوله : الصحة هى حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا ، لامجرد انعدام المرض أوالعجز .

كما أصدرت منظمة الصحة مؤخرا قرارا بتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ وأن المدخل الى ذلك هو الرعاية الصحية الأولية .

وفى المجتمع المصرى ، حدثت تغيرات هامة ، اثرت على مفهوم الصحة العامة ومعطياته - ابرزها :

- الزيادة المطردة فى السكان .

- الهجرة : من الريف الى الحضر ، والهجرة للعمل بالخارج ، والهجرة من منطقة قناة السويس بسبب حرب ١٩٦٧ ، ثم هجرة العودة عام ١٩٧٥ .

- توافر المياه النقية : بنسبة ٧٣.١ ٪ على مستوى الجمهورية .

- بدء تطبيق شبكة الصرف الصحى فى كثير من المدن .

- تفاقم مشكلة الاسكان .

- عدم توافر الغذاء الصحى لارتفاع أسعاره ، بما يجاوز طاقة شرائح كبيرة من المواطنين .

- بقاء النسب العالية من الاميين ، ذكورا واناثا .

- التغير الاقتصادى والاجتماعى : الذى ادى الى تحرك اجتماعى بين شرائح المجتمع المصرى .

وبذلك أصبحت الفئات الأكثر تعرضا للمرض فى فقراء الفلاحين وأغلب موظفى الحكومة وعمال القطاع العام والفئات الهامشية فى المدن - كالباعة المتجولين والعمالة غير الماهرة - وليست بالضرورة فى الحرفيين أو المهنيين أو التجار أو العمالة الماهرة .

على انه يمكن ملاحظة ثلاث مراحل اساسية فى تطور الخدمات الصحية :

المرحلة الاولى :

من بداية القرن الحالى وحتى عام ١٩٦٠ .

وتمثلت فى التوسع التدريجى فى المنشآت الصحية ، مع التركيز على المدن فى البداية ، ثم دخول الخدمة الصحية الى الريف عام ١٩٤٢ وكان لهذه المرحلة سمات مميزة ، وهى :

- كان القطاع الحكومى فى الاساس تحت الاشراف المباشر لوزارة الصحة .

- شارك النشاط الاهلى فى تقديم الخدمة ، مثل جمعيات المبرة والهلال الأحمر وغيرها .

- الى جانب القطاع الحكومى المجانى وجد قطاع خاص ، وبدأ فى هذه الفترة تطور بعض المستشفيات الخاصة .

- إمكان توفيرالدواء يعتمد أساسا على الاستيراد .

- انشئت فى هذه الفترة معامل الامصال واللقاحات .

- التوسع فى الخدمات الصحية وانشاء الوحدات المجمعة .

المرحلة الثانية :

من عام ١٩٦٠ الى عام ١٩٧٤ :

وتميزت ضمن مفهوم العدل الاجتماعى بالآتى :

- انتقل مفهوم التوسع الى مفهوم التغطية الصحية .

وبهذا ظهر مشروع الوحدات الصحية الريفية بعد الوحدات المجمعة .

- صدر قانون التأمين الصحى عام ١٩٦٤ .

- تنظيم صناعة الدواء الوطنية وتوجهها والتوسع فيها .

- التوسع فى انشاء كليات الطب والمعاهد الصحية ومدارس التمريض لتوفير الاعداد اللازمة للخدمة الصحية .

- ظل القطاع الخاص موجودا ، وذلك من خلال العيادات الخاصة وبعض المستشفيات الخاصة ، وكان دوره مكملا لدور الدولة فى تقديم الخدمات المجانية .

المرحلة الثالثة :

من ١٩٧٤ الى الآن :

وقد تأثرت بسياسة الانفتاح الاقتصادى ، وكان من سماتها ما يأتى :

- انخفاض الانفاق الحكومى على الصحة بالنسبة للانفاق العام .

- تنامى دور القطاع الخاص فى تقديم الخدمة العلاجية وظهور المستشفيات الاستثمارية .

- ازدادت تكلفة العلاج بشكل كبير ضمن ارتفاع الاسعار والخدمات بشكل عام .

- دخول التكنولجيا المعقدة ورعاية التكلفة خاصة فى المستشفيات الاستثمارية والجامعية والعسكرية .

- توقف التوسع العشوائى فى القبول بكليات الطب وطب الاسنان والصيدلة منذ عام ١٩٨٣ وانشئت معاهد عالية للتمريض .

- توافر التمويل الأجنبى للمشروعات الصحية بالمنح والقروض .

الجوانب الهامة فى الموارد الصحية

الرعاية الصحية الاولية :

تمثلت الرعاية الصحية الاولية فى الحضر فى خدمات رعاية الامومة والطفولة والصحة المدرسية ومكاتب الصحة ، أما فى الريف فتعتمد على برنامج متكامل ، بدءا من المجموعات الصحية وانتهاء بالوحدات الريفية .

وبالرغم من انتشار شبكة من هذه الوحدات موزعة جغرافيا بشكل جيد الا ان هناك بعض الظواهر التى تشير الى ضعف استخدام هذه الوحدات ، من ذلك تخطى هذه الوحدات الى المستشفيات مباشرة مع ما يترتب على ذلك من تكدس فى عيادات المستشفيات ، وفشل ايجاد نظام احالة جيد وعدم نجاح المحاولات المختلفة لتطبيق النظافة الصحية ، وتهدف السياسة الصحية الى زيادة كفاءة هذا المستوى من الخدمة بحيث تعطى غالبية الاحتياجات الصحية للمواطنين .

الرعاية الطبية المتخصصة :

عدد الاسرة المتاح فى ١٩٨٧/٧/١ هو ٩٨,٣٤٤ سرير ، وما يملكه القطاع الخاص منها يمثل ٨,١ ٪ ، و الباقى تملكه الدولة ويلاحظ على ادائها الآتى :

- انخفاض معدل اشغال الاسرة .

- طول مدة الاقامة عن المتوسط المتعارف عليه .

- غيبة الأسس الاقتصادية لتشغيل المستشفيات .

التأمين الصحى :

بدأ تطبيق التأمين الصحى بمحافظة الاسكندرية سنة ١٩٦٥ ، وبلغ عدد المؤمن عليهم حتى نهاية عام ١٩٨٦ - ٣,٣٨٨,٠٠٠ منتفع وبلغت نسبة المنتفعين من الجهاز الادارى للدولة ٨٣ ٪ ومن العاملين فى الصناعة ٢٩ ٪ .

وقد حققت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال هذه السنوات

انجازات أهمها :

- تسلسل جيد للخدمة بدءا من الممارس العام الى الاخصائى ثم المستشفى .

- ادخلت نظاما احصائيا راقيا .

- عنيت الهيئة بحسابات تكلفة الخدمة فى مستوياتها المختلفة .

- وضعت معدلات للخدمة على كافة مستوياتها .

وفى المقابل يلاحظ ان نسبة المنتفعين تسير ببطء شديد ، كما ان ثبات الاشتراكات فى الوقت الذى حدث فيه خلل كبير من الاجور والاسعار ادى الى ضعف المتحصل لمواجهة التكلفة المرتفعة ، مما اثر على مستوى الخدمة .

كما يلاحظ ان تكلفة الدواء تمثل ٥٠ ٪ من التكلفة الاجمالية وهو رقم مرتفع ، حيث ان المعدل فى الدول المتقدمة بين ١٠ ٪ - ٢٠ ٪ فقط .

الفريق الصحى :

يبلغ عدد كليات الطب ١٣ كلية ، والصيدلة ٦ كليات ، وطب الاسنان ٥ كليات ، ومدارس التمريض ١٥٠ مدرسة ، والمعاهد الفنية الصحية ٦ معاهد .

ويمثل هذا الجهد عناية الدولة بتوفير القوى الصحية اللازمة للخدمة ، غير انه يؤخذ عليها :

- الخلل فى تركيب الفريق الصحى ، حيث بلغت نسبة الاطباء الى المرضات عام ١٩٨٦ - ١ : ١ وهى نسبة تثير القلق .

- ضعف مستوى الخريجين خاصة فى السنوات الاخيرة ، وعدم مواءمة الخريجين لمتطلبات الخدمة .

- سيطر على التعليم الطبى عامة التوجه الاكلينكى ، مع ضعف التوجهات الوقائية .

- غالبية الدارسين للدراسات العليا هم في التخصصات الاكلينكية ، مع ندرة الدارسين لعلوم الصحة وطب المجتمع .

الوعى الصحى :

تتضح أهمية الوعى الصحى من منطلق أن الانسان العادى هو الاقدر على العناية بصحته وصحة من يعول ، وذلك اذا تلقى المعلومة الصحية السليمة وبشكل مشوق ، ولا سيما عن مجموعة الامراض المعدية وأمراض سوء التغذية ، ومع توافر وسائل الاتصال الجماعى مثل التليفزيون والاذاعة والصحافة ، وجدت قنوات جيدة للاتصال مع الناس ، وقد استخدمت هذه الوسائل بشكل جيد ومشوق فى بعض البرامج ، وكان لهذا اثره المباشر فى طلب الناس للخدمة وتلقيها كما تدل الاحصاءات فى الاعوام الاخيرة

ومع ذلك فلا يزال ارتفاع نسبة الأمية (٦١.٢ ٪) بين النساء عقبة فى تحقيق النتائج الشاملة

نظم المعلومات الصحية : ويلاحظ عليه مايأتى :

- طول الوقت الذى تستغرقه عملية تسجيل البيانات بالوحدات الى ان يتم تحويلها الى معلومات ذات معنى بمعرفة الأجهزة المركزية .

- يغلب على البيانات ظاهرة التفكك وعدم الاكتمال واحتمال عدم الدقة والجدية .

- المعلومات لاتعرض بشكل دورى على الجهات المسئولة ، سواء على مستوى الوزارة أو المحافظة أو الادارة الصحية بالمركز .

-القدرة على تخزين المعلومات واسترجاعها فى وقت قصير .

ادارة الخدمة الصحية : ويلاحظ عليه مايأتى :

- أنها ادارة نشاط جار بمعنى غيبة الأهداف القابلة للقياس ، دون تحديد اولويات للمشكلات الصحية .

- أنها نادرا ماتستخدم البيانات الاحصائية لمتابعة الأنشطة الصحية المختلفة الا فى شكل رقمى عام .

- أنها تتعامل مع المشكلات بمنطق رد الفعل وليس التحكم فيه ، بمعنى أنها تتفاعل مع المشكلات الملحة والأعلى صوتا بصرف النظر عن الأولويات .

– ان عدد الاطباء المتفرغين للادارة الصحية أقل من ثلث العدد المطلوب .

– معظم الأطباء الذين عهد اليهم بالادارة لم يشتركوا فى برنامج تدريبى فى الادارة .

– اسناد الادارة لأطباء غير متفرغين يجعل المصلحة الخاصة تطغى على الواجب الوظيفى ، وعلاج ذلك بتقديم تعويض عادل للتفرغ يحفز بعضهم للتفرغ اذا ما توافر لهم الحد المعقول لمواجهة مطالب الحياة .

– اعداد اكثر من مقرر دراسى عال فى ادارة الخدمة الصحية يمكن من يرغب فى العمل بالادارة الصحية من الالمام بأسسها العلمية ، نظرا لتنامى الجهاز الصحى وتعقيده وارتفاع تكلفة مايقدمه من خدمات .

المجلس الطبى :

نظرا لازدياد عدد الأطباء وضعف الرقابة على الممارسات الطبية ، فقد كثرت الحالات التى لا تلتزم بتقاليد المهنة وآدابها – والتى لاتوفر اكبرقدر من الامان والكفاءة والامانة العلمية لمرضاها – من ذلك :

– ظاهرة اجراء التدخلات الطبية فى اماكن غير معدة لذلك .

– ظاهرة الاعلان الرخيص ، حيث نرى لافتات الاطباء تتجاوز كل ماتنص عليه لائحة آداب المهنة .

– ادعاء اكتشافات جديدة فى الطب والعلاج ونشر ذلك فى الصحف ، دون التقيد باسلوب النشر العلمى المعروف .

الدواء والامصال واللقاحات :

بالرغم من ان شركات الدواء توفر مابين ٨٠ ٪ و ٨٥ ٪ من احتياجات الادوية ، الا انه يلاحظ :

– ان بعض هذا الانتاج هو مجرد اعادة تعبئة .

– ان عملية تخليق الدواء مازالت محدودة للغاية .

– ان استهلاك الدواء فى اطراد مستمر وبما لايتناسب مع الاسس العلمية للعلاج .

كما يلاحظ ان الاستهلاك الاكبر هو فى مجموعة المضادات الحيوية والفيتامينات والادوية المقوية ، والمسكنات وادوية الروماتيزم .

التمويل والانفاق الصحى :

تشير الدراسات المحدودة عن الانفاق الصحى الى :

– استمرار انخفاض نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى العام .

– وتشير احدى الدراسات الى ان ما ينفقة الفرد من جيبه الخاص على الصحة اكثر ما هو مخصص له من الانفاق الحكومى .

وهناك ثلاثة مصادر لتمويل الخدمات الصحية :

× تمويل من الموارد السيادية للدولة .

وهذا التمويل موجه اساسا لما اصطلح عليه بالخدمة الصحية المجانية .

× تمويل من خلال نظم تأمينية صحية حيث يدفع المؤمن عليه جزءا من التكلفة يتكفل بالباقى رب العمل أو الدولة .

تمويل مباشر من المواطن مقابل الخدمة التى تؤدى له وهو الطابع المنتشر لدى القطاع الطبى الخاص .

والملاحظ انه قلما يعتمد المواطن على أحد هذه النظم فقط فهى كثيرا ما تتداخل فى بعضها البعض حيث يلجأ المواطن الى طريقة الدفع فى مقابل الخدمة فى الامراض البسيطة ، فاذا ما ارتفعت التكلفة يلجأ عادة الى القطاع الحكومى المجانى .

وقد نوقش التقرير بالمجلس وابرزت مناقشته عدة آراء واتجاهات ، من أهمها :

– يشكل موضوع تنظيم الأسرة عقبة اساسية أمام السياسة المستقبلية للصحة فى مصر ، ويجب ايجاد وسائل فعالة للحد من زيادة النسل لأنها تؤدى الى زيادة الانفاق الصحى .

– التفكير الجدى فى كيفية استعادة مصر مركزها الطبى بالنسبة للدول التى حولها ، وايجاد الوسائل الفعالة لجذب المرضى العرب مرة

اخرى الى مصر .

- يجب عند ارسال بعثاتنا الى الخارج الاستفادة من التطور العلمى الحديث فى المجال الطبى ، ولاسيما نظم المعلومات الطبية .

- الاهتمام ببنوك الدم اهتماما يوفر الوسائل الفعالة للحصول على الدم بأسعار معقولة بعد أن اصبحت اسعاره تجارة فى المستشفيات العامة وغيرها .

ضرورة ان يكون هناك ربط بين النظم المتشعبة لمسئولية الدولة عن التأمين الصحى وتلك التى تشرف عليها الدولة ، سواء فى مستشفيات وزارة الصحة أو فى المستشفيات الخاصة .

- يجب بالنسبة للحالات الطارئة ان تستقبلها جميع المستشفيات ، عامة كانت ام خاصة ، على ان تدفع وزارة الصحة تكاليف العلاج بالمستشفيات الخاصة بعد مواجهة الحالة الطارئة للمريض .

- ان يكون الهدف من البحوث الطبية أساسا هو كيفية تطبيق نظام صحى فعال لخدمة المواطنين .

وعلى جهاز البحوث فى وزارة الصحة أن يكون حلقة اتصال بين كل الجهات التى تقوم بعمل البحوث الطبية ليمكن الاستفادة بما توصلت اليه البحوث من نتائج وتطبيقها على القطر ككل أو حتى على محافظة واحدة كنموذج تجريبى .

- يجب تقييم تجارب اقامة المستشفيات الخاضعة لقانون الاستثمار والتى ارتفعت أسعار العلاج فيها ارتفاعا باهظا ، ساعد على عزوف مرضى الدول العربية عن العلاج فى مصر واستحالت على غير القادرين من المواطنين .

التوصيات

وبناء على ماسبق ، وعلى ضوء دراسات المجلس السابقة - يوصى بالآتى :

اولا : توصيات عامة :

* تحديد اولويات المشكلات الصحية طبقا للآتى :

- اهمية المشكلة الصحية

- توافر التقنيات للتعامل معها بكفاءة .

- ان يكون ذلك فى اطار تكلفة معقولة

* رفع الانفاق على الصحة بنسب متدرجة لكى يصل الى ٦ أو ٧ ٪ من الانفاق الصحى من موارد فى السنوات الأخيرة ، وذلك عن طريق ترتيب الأولويات ، والوضوح فى تعامله مع المشكلات الصحية .

* تحديد هدف السياسة الصحية فى أمرين :

-القضاء على مجموعات الأمراض المعدية والمتوطنة وسوء التغذية أو التحكم فيها ، وهى مجموعة أمراض نقص الموارد أوالفقر .

- التعامل مع المجموعات الأخرى من الأمراض طبقا لأولويات محددة وبهدف الوقاية منها كلما أمكن ذلك ، ثم الاقلال من ضراوة المرض ، وهذه المجموعات هى مايطلق عليها اسم أمراض الوفرة .

* اهتمام المسئولين الصحيين بالجهود التى تبذل فى تحسين العوامل المؤثرة فى الصحة ، مثل الصرف الصحى وجمع القمامة ووسائل التخلص منها وتوافر المياه والمسكن والغذاء ، وغير ذلك من النواحى التى ينبغى ان تحظى بالدعم والتأييد من قبل السلطة الصحية والدعوة لها ، حيث أن المردود الصحى من هذه القطاعات امر متعارف عليه .

* توفير المعلومات الصحية السليمة للجماهير ، بوصفهم أصحاب المصلحة فى المحافظة على صحتهم ، الأمر الذى يقتضى مشاركتهم فى أداء الخدمة بدءا من التخطيط لها، ووصولا الى تحمل جانب من الانفاق والاسهام فى الادارة .

* تشغيل موارد الدولة الموجهة للنشاط الصحى بأعلى كفاءة ممكنة ، بحيث تعمل جمع الوحدات الصحية باقصى امكاناتها ، وان يكون اداؤها بأعلى كفاءة ممكنة ، وان تستوعب الطاقة المعطلة من الانشاءات والأفراد وتحولها الى طاقة نشطة منتجة .

ثانيا : توصيات مباشرة :

فيما يختص بمشاركة أفراد المجتمع فى تكلفة الخدمة الصحية :

* توفير الموارد من منشآت وأفراد لخدمة التأمين الصحى بشكل تنظيمى أو آخر من بين بدائل محددة على الوجه المبين فيما سلف .

* ادارة الدولة لجزء من مواردها للخدمة بأجر مباشر طبقا للائحة واضحة ، وبصورة لاترهق المواطنين وبخاصة غير القادرين ولاتتركهم للقطاع الخاص كلية ، وذلك حتى يتم تطبيق التأمين على شرائح واسعة من المجتمع على أن يبدأ بتغطية طلبة المدارس والجامعات وقطاع الريف .

فيما يختص بتوفير الدواء :

* توفير الأدوية واللقاحات طبقا لقائمة الأدوية الأساسية من خلال التصنيع أولا وكلما أمكن ذلك ، بحيث تتوافر الأدوية والأمصال واللقاحات بتكلفة معقولة .

* توفير وسائل التشخيص السريع التى تساعد على اكتشاف وتشخيص الأمراض مبكرا للتعامل معها فى مراحلها الأولى .

فيما يختص بالرعاية الأولية :

* وضع برنامج محكم لنظام الزيارات المنزلية يمكن ان ينتقل بالخدمة فى كثير من الحالات الى مستوى أعلى يحقق نتائج ملموسة فى تحسين الحالة الصحية .

* تطوير نظم القيد والسجلات الصحية وايجاد أماكن لحفظها وتدريب العاملين على استخدامها .

* ضرورة التخصص بالنسبة للأطباء بعد مرحلة البكالوريوس فى أى فرع من فروع الطب بما فى ذلك تخصص الرعاية الصحية الأولية أو الممارس العام . وهذا يقتضى اعداد برنامج على مستوى الدبلوم للتخصص فى طب الأسرة أو الممارسة العامة .

* إعداد دراسات متقدمة لخريجات مدارس التمريض الثانوية ، وتطوير البرامج بهدف تخريج ممرضات مؤهلات للعمل فى الرعاية الأولية .

* إعداد المساعدين الفنيين الذين يقومون بالعمل فى أغلب وحدات الرعاية الصحية الأولية والذين تم تدريبهم لمدة ستة شهور فقط بوزارة الصحة ، حتى يمكن الارتقاء بكفاءة العمل مع تطوير طريقة اعدادهم عن طريق توسيع معلوماتهم الصحية فى مجال عملهم .

فيما يختص بالخدمة المعملية :

* توفير الخدمة المعملية بما يغطى احتياجات الفحوص الطبية بالوحدات بحيث تشمل الفحوص المعملية الأساسية مع اضافة بعض الفحوص التى يتفق على ضرورتها لمساعدة الطبيب على اتخاذ قرار سليم فى وقت مبكر .

فيما يختص بالمستوى الثانى والثالث من الرعاية الصحية :

* وضع نظام للتحويل من مراكز الرعاية الاولية الى المستشفيات وعياداتها الخارجية .

* معالجة انخفاض نسبة اشغال الأسرة فى كثير من أيام السنة بمستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمين الصحى وبعض مستشفيات القطاع الخاص والاستثمارى ، وكذلك معالجة ارتفاع متوسط اقامة المريض بمستشفيات وزارة الصحة على وجه الخصوص .

* العمل على توفير أربعين ألف سرير حتى سنة ٢٠٠٠ أو مابعدها بالتدريج ، من أجل المحافظة على حد أدنى : سريرين لكل ألف مواطن .

* تطوير المرافق والمبانى وتحديثها ، وكذلك تطوير العيادة الخارجية .

* تحديث تجهيزات التشخيص وبخاصة أقسام الأشعة والمعامل وغرف العمليات والعناية المركزة والتعقيم المركزى وأقسام الطوارىء .

* اضافة وسائل التشخيص الحديثة فى العيادات الخارجية .

* الاهتمام بتدريب الأفراد الذين يعملون فى هذا المجال على

مختلف نوعياتهم ، لاكسابهم المهارات اللازمة لأداء العمل بشكل جيد وبكفاءة اقتصادية .

فيما يختص بالارشادات الصحية للمواطنين :

* الاستفادة المرشدة بوسائل الاتصال الجماهيرى ، وفى مقدمتها الاذاعة الصوتية والاذاعة المرئية .

* توصيل المعلومات الصحية الى الجماهير باسلوب مناسب وبحرص شديد على صحة المعلومات الصحية ودقتها العلمية .

* تعريف المواطنين بالخدمات الصحية المتاحة ودعوتهم للاستفادة منها

* تأكيد دور الفريق الصحى فى توصيل المعلومات والارشادات الصحية وتغيير السلوك الى الأفضل ، عن طريق الحوار والحديث المباشر مع المترددين على الوحدات أو فى الزيارات المنزلية .

فيما يختص بالمعلومات الصحية :

* تطوير نظم المعلومات لتصبح اداة فعالة فى ادارة الخدمات الصحية بكل مستوياتها .

* التحكم الدقيق فى مدخلات البيانات ، الذى يرتكز على محددات مسبقة للمخرجات المطلوبة .

* توفير عنصر سهولة التعامل بجهاز المعلومات ومعه ، وتحويل البيانات الى معلومات ذات معنى فى وقت محدد .

* تيسير تناول المعلومات وسرعة نقلها من المكونات المختلفة للجهاز الصحى وخاصة بين الجهات المنتجة والجهات المستفيدة .

* توفير الوسائل التى تكفل تخزين المعلومات واسترجاعها فى وقت قصير .

* العمل على ان يكون جهاز المعلومات فى خدمة الجهاز الصحى ومكوناته ، وواضعا فى اعتباره احتمالات التطوير فى المستقبل .

* ضرورة الحصول على المعلومات الصحية من مختلف الجهات ، بما فيها القطاع الخاص .

* توفير مكتبات علمية على مختلف المستويات فى مراكز الخدمات الصحية ، بدءا بالوحدة الريفية

* دعم الدوريات التى تهتم بالمشكلات الصحية الاساسية ، وتشجيع اصدار مجلات صحية بحيث يكون هدفها توعية المواطنين وتثقيفهم صحيا .

فيما يختص بادارة الخدمات الصحية :

* تعويض الأطباء المتفرغين تعويضا عادلا يحفزهم على التفرغ .

* إعداد اكثر من مقرر دراسى عال فى ادارة الخدمة الصحية للاطباء

فيما يختص بالممارسات الطبية :

* انشاء هيئة أو جهاز لضبط الممارسات المهنية ، يتشكل من ممثلين من رجال القضاء وممثلين للمهنة من الأطباء وممثلين لمستهلكى الخدمة وشخصيات عامة لها تاريخها المعروف بين أوساط المهنة الطبية .

– ويكون من بين مهام الجهاز المقترح · التسجيل لمزاولة المهنة ، والتحقق من توافر المستوى العلمى الجيد عند التسجيل .

فيما يختص بالسياسة البحثية :

* وضع سياسة بحثية سليمة تشارك فى تنفيذها كليات الطب والصيدلة وطب الاسنان ومعاهد التمريض والمعهد العالى للصحة العامة والمراكز البحثية بوزارة الصحة وأكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا والمركز القومى للبحوث والاكاديمية الطبية العسكرية ومراكز البحوث التابعة للقوات المسلحة .

* توجيه البحوث لحل المشكلات الصحية الأساسية ، ومنها توفير المجموعة الاساسية من الادوية والطعوم وتوفير مجموعة من وسائل التشخيص لأهم الأمراض والتى توفر تشخيصا دقيقا فى وقت سريع وبتكلفة معقولة ، ودراسات وبائية تساعد على تحديد العوامل المختلفة والمسببة للامراض والعوامل التى تزيد من خطورة هذه الامراض ، وزيادة فاعلية الجهاز الصحى .

فيما يختص بالتشريعات :

* تحديد مسئوليات الجهات المختلفة بوضوح كامل ، عن طريق تحديد اختصاصات كل منها .

* مراجعة القوانين التى صدرت فى مجال الصحة منذ فترة طويلة نسبيا ، تغيرت فيها الظروف كقوانين مزاولة المهنة .

* اصدار تشريع موحد للصحة يشتمل على كل الأنشطة المتعلقة بها ، وعلى شكل فصول تعالج كل موضوع فى فصل مستقل ، ومنها : الأمراض المعدية والأغذية ومزاولة المهن الطبية وغيرها من الموضوعات الصحية الرئيسية .

فيما يختص بالتمويل :

* اعادة تصحيح الانفاق الصحى ، بزيادة هذا الانفاق تدريجيا ليصل الى ٧ ٪ من الانفاق الحكومى بحلول عام ٢٠٠٠ ، أو مابعده .

* مشاركة المواطنين فى تكلفة الخدمة الصحية ، عن طريق التوسع فى نظام التأمين الصحى .

* اعادة النظر فى اولويات الانفاق الحكومى على الصحة بحيث يوظف القدر الكافى منه فى الرعاية الصحية الأولية واما بالنسبة لقطاع المستشفيات فيراعى تشغيل المستشفيات القائمة بكفاءة عالية قبل انشاء مستشفيات جديدة .

* ترشيد الانفاق على الدواء ، والذى وصل الى نسب عالية من الانفاق الصحى لاتتفق مع المعدلات العالمية المتعارف عليها .

فيما يختص بالمسنين :

* التوسع فى تعليم طب المسنين وعلوم الأعمار بكليات الطب وغيرها .

* تشجيع التخصص فى هذا الفرع من فروع الطب .

* مضاعفة اهتمام التثقيف الصحى بتوعية المواطنين بهذه المرحلة العمرية وتعريفهم باحتياجاتها وأمراضها المختلفة وكيفية الوقاية منها وتفادى مضاعفاتها كنواحى التغذية والرياضة وغيرها .

* توفير الرعاية العلاجية الكافية عن طريق :

– ايجاد عدد كاف من العيادات الخارجية .

– ايجاد عدد كاف من الأسرة المناسبة بالأقسام الداخلية .

– المشاركة مع الجهات الاجتماعية لايجاد اعداد كافية من النوادى ودور الاقامة للمسنين ، مع توفير رعاية كافية فيها .

– تنظيم رعاية صحية منزلية فعالة يقوم بها أشخاص مدربون على حسن رعاية هذه الفئة من المواطنين .

العلاج على نفقة الدولة بالداخل والخارج

يتناول هذا التقرير بإيجاز ثلاثة موضوعات مرتبطة هى :

– العلاج على نفقة الدولة بالخارج .

– العلاج على نفقة الدولة بالداخل .

– علاج الفشل الكلوى على نفقة الدولة .

أولا : العلاج على نفقة الدولة بالخارج

الموقف التشريعى : بدأ العلاج على نفقة الدولة بالخارج بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ على نطاق ضيق ، بايفاد بعض كبار الشخصيات ، أو بمن أدوا خدمات جليلة للدولة دون نظام محدد ، ثم تتابعت القرارات الجمهورية ، الى ان انتهت الى الموقف الحالى الذى يوجز فيما يأتى :

× انه فى حالة موافقة المجلس الطبى المتخصص على علاج

المريض على نفقة الدولة يرسل التقرير الى الامانة العامة لمجلس الوزراء الذى يقوم باجراء بحث اجتماعى – تجريه ادارة خاصة برئاسة الجمهورية – عن حالته الاجتماعية وقدرته المادية على تحمل نفقات العلاج أو بعضها ، ثم يصدر قرار رئيس الوزراء على ضوء ذلك ثم عهد بالبحث الاجتماعى بعد ذلك الى وزارة الشئون الاجتماعية .

وفى عام ١٩٨٠ صدر قرار جمهورى بتفويض نائب رئيس مجلس الوزراء فى اصدار قرارات العلاج بالخارج ، وفى عام ١٩٨٢ فوض وزير شئون مجلس الوزراء فى ذلك ، ثم فى عام ١٩٨٤ فوض وزير الصحة فى هذا الخصوص .

وبالاضافة الى القرارات التى تصدر من وزير الصحة للعلاج بالخارج على نفقة الدولة بناء على توصية المجالس الطبية ، تصدر بعض القرارات المباشرة من السيد رئيس الوزراء فى الحالات الى لها صفة الاستعجال أو التى تخص بعض الشخصيات العامة .

اما بالنسبة لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات ، فان طلبات سفرهم للعلاج بالخارج تعرض على لجنة خاصة تشكل من أعضاء من كليات الطب وتصدر توصياتها ، ويصدر القرار الخاص بالعلاج على نفقة الجامعة من السيد وزير التعليم العالى .

وأما بالنسبة للمنتفعين بالتأمين الصحى ، فانهم يتقدمون – اذا رغبوا فى العلاج بالخارج – الى الهيئة العامة للتأمين الصحى التى تقوم بتحويلهم الى المجالس الطبية المتخصصة ، والتى ترسل توصياتها الى الهيئة ، ويصدر القرار الخاص بالعلاج ، على أن تتحمل جهة العمل نفقات السفر وبدلاته .

أسباب العلاج على نفقة الدولة بالخارج :

لاشك أن مسئولية الدولة فى سياستها الصحية هى اتاحة الرعاية الطبية لكل المواطنين ، وفى حدود امكاناتها المتاحة بصرف النظر عن قدرة المواطنين المالية ومصر – وهى دولة نامية – مستوى التشخيص والعلاج فيها أقل من مثيله بالدول المتقدمة كالولايات المتحدة الامريكية والمملكة المتحدة وفرنسا ومن جهة أخرى فان كبار العاملين فى الدولة – وهم مثقلون بالأعباء والمسئوليات كثيرا ما يتعرضون الى الاصابة بالأمراض المختلفة نتيجة الارهاق ، ولا تقدم الدولة لهم الجزاء المادى الذى يناسب جهودهم وليست لديهم القدرة على تحمل نفقات العلاج الباهظة لذا فان الدولة تقوم بمساعدتهم فى العلاج حفاظا على صحتهم وضمانا لحسن استمرار قيامهم بمسئولياتهم الكثيرة والمتعددة .

وهذا النظام متبع فى الكثير من الدول ، مثل الولايات المتحدة والاتحاد السوفيتى ، حيث يتم علاج كبار المسئولين فى مؤسسات خاصة تفوق امكاناتها الامكانات العادية فى المستشفيات .

على أن الأمر قد يحتاج الى وضع معايير مناسبة تقوم على اساسها الدولة بايفاد عدد محدود من المواطنين للعلاج فى الخارج .

فمن الوجهة النظرية لايوفد مريض للعلاج بالخارج على نفقة الدولة الا : أن يكون المرض قابلا للشفاء أو على الاقل للتحسن الكبير ، وأن يكون العلاج غير متوافر فى مصر .

كما انه من الوجهة النظرية أيضا لايجوز سفر مرافق للمريض على نفقة الدولة الا فى حالات معينة هى : الأطفال و مرضى العيون الذين تنخفض قوة ابصارهم عن الحد الذى يسمح بالحركة وحدهم ، ثم الحالات الشديدة للمرضى الى درجة العجز والتى لايمكن لها رعاية نفسها ومن الواقع العملى تبين أن هناك حالات كثيرة ووفق فيها على سفر مرافق دون توفر الشروط السابقة . ان عدد كبيرا من هؤلاء الموفدين للعلاج بالخارج لاينطبق عليهم هذان الشرطان .

دلالة الاحصاءات :

– ان أعداد الموفدين عن طريق المجالس الطبية قد تضاعفت منذ ١٩٧١ حتى وصلت الى اكثر من عشرة اضعاف عام ١٩٨١ ، ثم تناقصت بعد ذلك نسبيا حتى أصبحت حوالى خمسة اضعاف عام ١٩٨٦ وتضاعف بالتالى الانفاق على العلاج بالخارج ، فبلغت النفقات المعتمدة عام ١٩٨١ حوالى خمسين ضعفا لنفقات عام ١٩٧١ ، وبالرغم

من انحسار عدد الموفدين منذ عام ١٩٨١ وحتى عام ١٩٨٦ فقد ظلت النفقات كما هى ، نظرا لارتفاع أجور العلاج بالدول الموفد اليها .

– ان النفقات الفعلية للعلاج بالخارج تتجاوز دائما النفقات المعتمدة ، وقد بلغت على سبيل المثال ضعفها فى عام ١٩٧٦ .

– ان اعداد الموفودين بقرارات مباشرة قد تصاعدت حتى بلغت عام ١٩٨٤ حوالى ١٧ حالة ، وفى عام ١٩٨٥ بلغت حوالى ١٤٤ حالة ، ثم نقصت عام ١٩٨٦ .

– انه حدثت زيادة فى أعداد من أوفدهم التأمين الصحى للعلاج على نفقته مع زيادة مقابلة فى نفقات العلاج ، حيث كان عدد الحالات الموفودة عام ١٩٨٢ أكثر من ثلاثة أضعاف الحالات الموفدة عام ١٩٧٩ وان كانت قد بدأت فى الانخفاض النسبى طبقا لبيانات الهيئة فى الاعوام التالية ٨٣ – ٨٤ – ٨٥ أما نفقات العلاج فقد تضاعفت فى عام ١٩٨٢ أكثر من ثلاثة أضعاف تبعا للزيادة فى متوسط تكلفة المريض .

– زادت القرارات المباشرة للعلاج زيادة مطردة فى الأعوام الأخيرة زيادة متوالية .

– أن عدد حالات العلاج بالخارج على نفقة الفرد الخاصة قد تناقصت من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٨٦ .كما انخفضت نفقات علاجهم التى تحملوها .

– أنه بالنسبة للبلاد التى يوفد اليها المرضى المحولون من المجالس الطبية ، فان المملكة المتحدة تأتى فى المقدمة ، حيث يوفد اليها ٧٣ ٪ من الحالات ، والى فرنسا ٢٠ ٪ والى ألمانيا الغربية ٤ ٪ ، والى الولايات المتحدة ٢ ٪ ، والى بلاد أخرى ١ ٪ .

من نتائج الدراسة :

× حدث فى بعض الأحيان نوع من الاستغلال من بعض الجهات فى الخارج ، فعلى سبيل المثال : يعتمد القطاع الخاص فى العلاج ببريطانيا على علاج المرضى القادمين من مصر والدول العربية بالنظر الى أن الطب مؤمم بالنسبة للمواطنين البريطانيين ، مما اتاح لبعض الأطباء والجراحين البريطانيين ان يغالوا فى أتعابهم .

× ان البحث الاجتماعى الذى تجرية وزارة الشئون الاجتماعية للتأكد من الحالة المادية للمريض ومدى قدرته على تحمل كل أو بعض نفقات العلاج – لايجرى بالدقة الواجبة .

× ان هناك تجاوزات من قبل بعض المرضى الموفدين للعلاج بالخارج مثل محاولة اطالة مدة بقائهم ، أو العلاج من حالات غير الحالات الموفدين من أجلها ، أو الحصول على نظارات أو أجهزة طبية غير مرتبطة فى معظم الاحوال بالمرض الذى اوفدوا من اجله ، أو التغلب على ضآلة بدل السفر الذى يصرف لهم خارج دور العلاج بالبقاء أطول مدة ممكنة داخل المستشفيات .

× وقد كان المأمول بعد أن قامت المستشفيات الاستثمارية المجهزة باحدث أساليب التشخيص والعلاج ، وبالتكنولوجيا المتقدمة والفندقة العالمية المستوى ، ان تقل الحاجة الى السفر للعلاج بالخارج .

× درجت فى الاعوام الأخيرة بعض المستشفيات الجامعية والعسكرية والمعاهد المتخصصة وبعض المستشفيات الخاصة على استقدام خبراء من الخارج ، من الاساتذة المنتقين فى التخصصات المختلفة ، وذلك للكشف على المرضى واجراء الجراحات الدقيقة ، على أنه لم تجر سوى جراحات قليلة بل ان بعض هؤلاء الخبراء قد اقتصروا على فحص بعض حالاتهم السابقة التى عرضت عليهم بالخارج ، ثم فحص بعض الحالات الجديدة واعطائها تقارير بضرورة سفرها الى الخارج ، مما أدى الى ازدياد الضغوط من هؤلاء المرضى بطلب السفر الى الخارج على نفقة الدولة .

ثانيا : العلاج على نفقة الدولة بالداخل :

الموقف التشريعى : أشار القرار الجمهورى رقم ١٠٦٩ لسنة ١٩٦٤ الى أنه يجوز بقرار من رئيس المجلس التنفيذى (رئيس مجلس الوزراء) علاج العاملين فى الحكومة ووحدات الادارة المحلية والذين يصابون بمرض لا علاقة له بأعمال الوظيفة فى أحد المستشفيات على نفقة الدولة بالداخل ، كما أجاز القرار رقم ١٠٧٠ لسنة ١٩٦٤ علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل اذا كانت الحالة الاجتماعية للمريض لاتسمح له بتحمل تكاليف العلاج .

أسباب العلاج على نفقة الدولة بالداخل

ان علاج المواطنين على نفقة الدولة فى الداخل ، أى فى المستشفيات الجامعية والمستشفيات والمعاهد التعليمية والمستشفيات العامة ، أمر غير واضح او مفهوم فالمعروف أن العلاج فى هذه المستشفيات هو أصلا بالمجان ، وهناك نسبة محددة من أسرتهاخصصت للعلاج بأجر اقتصادى ، ويصبح الأمر فى حقيقته اقتطاع مبالغ من بند علاج المواطنين فى ميزانية الدولة لاضافتها الى ميزانية هذه المستشفيات .

ولقد أدى هذا النظام الى تقلص العلاج المجانى فى بعض هذه المستشفيات والمعاهد ، واصرارها على تقاضى هذه المبالغ المعتمدة من المجالس الطبية لادخال المرضى واجراء الفحوص والعلاج ، واصبح من العسير الآن - على سبيل المثال - دخول مريض لاجراء جراحة صمامات القلب فى اقسام جراحة القلب والصدر بالمستشفيات الجامعية أو معهد القلب اذا كان بالمجان ، بل عليه أن يوضع فى قائمة انتظار طويلة كما أدى الى وجود فئتين من المرضى المترددين على هذه الوحدات :

احداهما فئة قليلة حصلت على قرار بالعلاج فى الداخل ، أما الفئة الثانية فهى باقى المترددين من الجمهور .

دلالة الاحصاءات :

وتشير الاحصاءات الرسمية المتاحة الى انه رغم الزيادة العامة فى عدد الحالات التى تعالج بالداخل على نفقة الدولة من عام ١٩٨١ الى عام ١٩٨٦ ، فان حالات الفشل الكلوى قد زادت بصفة خاصة زيادة كبيرة ، وقد تبع ذلك زيادة عامة فى نفقات هذا العلاج بالداخل من حوالى ٣ ملايين جنيه عام ١٩٨١ الى حوالى ١٦,٦ مليون جنيه عام ١٩٨٦ ، ويرجع السبب فى هذه الزيادة الى زيادة نفقات علاج الفشل الكلوى من حوالى ١,٤ مليون جنيه عام ١٩٨١ الى حوالى ١٤ مليون جنيه عام ١٩٨٦ ، وهو موضوع القسم الثالث عن هذا التقرير الموجز .

ثالثا : علاج الفشل الكلوى على نفقة الدولة

تمثل مشكلة علاج مرضى الفشل الكلوى أهم مشكلات العلاج على نفقة الدولة بالداخل فلقد قدرت جمعية أمراض الكلى المصرية أن الفشل الكلوى يحدث فى مصر بمعدل ٩٠ حالة فى كل مليون من السكان كل عام ، وهى من أعلى النسب فى العالم ، حيث ان المعدل العالمى هو ٢٠ فى المليون فى العام .

وبناء على نفس الاحصاءات يقدر أن هناك الآن اكثر من ٥٠ ألف مريض بالفشل الكلوى فى مصر ، وأن خمسة آلاف شخص يصابون بالمرض كل عام .

ونظرا لأن العلاج الوحيد فى هذه الحالات هو اما نقل الكلى من متطوع أو من متوف حديثا ، واما الغسيل الكلوى المستمر ، ولما كانت امكانات مراكز نقل الكلى فى انحاء الجمهورية محدودة ، وتوفر الكلى سواء من الأقارب أو من متوفين جدد محدودا ، وتحكمه ظروف مادية واجتماعية ودينية عدة ، وأن نفقات الغسيل الكلوى - وهى تتراوح فى الجلسة الواحدة ما بين ستين جنيها فى المستشفيات الحكومية الى مائة وخمسين جنيها فى مستشفيات القطاع الخاص - ويتحتم اجراء الجلسات مرتين فى الأسبوع على الأقل مما يتكلف ما بين خمسمائة الى اكثر من ألف جنيه شهريا ، وهو مبلغ ينوء به كاهل أغلب المواطنين خاصة إذا استمر إلى فترات طويلة - فقد وجدت الدولة نفسها تواجه مشكلة حادة تتمثل فى الاعداد المتزايدة من مرضى الفشل الكلوى الذين يتقدمون للعلاج على نفقة الدولة ، واضطرت فى ذلك الى الاستعانة بوحدات غسيل الكلى فى القطاع الخاص ، والبعض منها على مستوى غير مرض .

دلالة الاحصاءات :

افادت الاحصاءات الرسمية المتاحة ، ان عدد الحالات التى تعالج

على نفقة الدولة فى زيادة مستمرة ، وكذلك نفقات علاجها ، وذلك على النحو الآتى :

– انه قد تضاعفت عدد الحالات ما بين عام ١٩٨٠ وعام ١٩٨٦ اكثرمن تسع مرات ، وتضاعفت بالتالى النفقات خلالها حوالى خمسة وعشرين ضعفا ، حتى بلغت فى عام ١٩٨٦ ما يقرب من ١٤ مليون جنيه.

– ان هناك الآن ٤٤ مركزا لغسيل الكلى ، و٣٠ مركزا بالقطاع الخاص ، وانه منذ اول عام ١٩٨٣ الى نهاية عام ١٩٨٦ قامت المراكز الحكومية بعلاج حوالى ٦٠ ٪ من حالات الفشل الكلوى ، والمراكز الخاصة بعلاج ٤٠ ٪ من الحالات .

– ان النفقات الفعلية لغسيل الكلى لاتزيد على ٥٠ جنيها .

– انه قد تمت الموافقة على اعفاء قطع الغيار والمعدات اللازمة لأجهزة الغسيل الكلوى من الرسوم الجمركية ، ولكن التنفيذ لم يبدأ بعد .

– ان وزير الصحة قد اقترح فى مارس ١٩٨٤ وضع موازنة خاصة لعلاج حالات الغسيل الكلوى ، ولم يتم ذلك حتى الآن .

من نتائج الدراسة :

× ان الجزء الأكبر من نفقات الغسيل الكلوى يكمن فى ثمن المرشح ، وقد أمكن بالتطور العلمى فى الخارج تكرار استخدام المرشح الواحد الى سبع مرات بعد غسله وتعقيمه ، مما يؤدى الى خفض كبير فى التكلفة ، وان كان هذا لم يطبق فى مصر بعد .

× انه فى عام ١٩٨٣ تمكن مركز الأجهزة الطبية الذى تشرف عليه وزارة الصحة من انتاج نموذج غسيل المرشحات طبقا للأصول الفنية وبالامكانات المحلية المتاحة . كما قام المركز بتصميم كلية صناعية مبسطة ، وتم تطويره هندسيا (بتكلفة اقل من ألفى جنيه ، بينما يزيد ثمن الجهاز المستورد على ١٥ الف جنيه) ، ولكن لم يتم الاستفادة منه حتى الآن أو تجربته على نطاق واسع للتعرف على مدى كفاءته .

× ان العلاج الحاسم للفشل الكلوى هو نقل الكلى فى الحالات الصالحة لذلك ، ولكن العلاج تكتشفه صعوبات عدة منها :

– قلة عدد المراكز التى تقوم باجراء هذه الجراحة .

– احجام أقارب المرضى عن التبرع لهم بكلاهم ، وترجع بعض أسباب ذلك الى تخوفهم من فشل العملية .

– عدم توافق اعداد من الكلى المأخوذة تبرعا من المتوفين حديثا ، وعدم وجود بنك الكلى ، خاصة وأن نقل الكلى من متوف يجب أن يتم خلال ساعات محدودة .

– خوف المواطنين من التبرع بالكلى لاعتقادهم بمخالفة ذلك لاحكام الدين ، رغم فتوى الأزهر بأن نقل الكلى للمرضى بأى اسلوب سواء كان من الأحياء أو من حديثى الوفاة أمرمباح ، بشرط ألا يكون ذلك عن طريق البيع ، وعلى أن تنظم الدولة أساليب التبرع أو الهبة .

التوصيات

وعلى ضوء التقرير المطول الذى عرض على المجلس ومادار حوله من مناقشات يوصى بالآتى :

فى شأن العلاج على نفقة الدولة بالخارج :

* دعم إمكانات وتجهيزات المستشفيات الجامعية والمعاهد المتخصصة والمراكز العلمية للقيام بالتشخيص والعلاج لاغلب الحالات التى توفد حاليا للخارج .

* العمل على تفرغ فريق من الاطباء والجراحين نوى الكفاءة والمهارات العالية ، وبخاصة فى مجال الجراحات الدقيقة والفحوص المتقدمة ، لتكوين كوادر مدربة تدريبا عاليا مع تعويضها التعويض المناسب لهذا التفرغ .

* تشجيع ايفاد الاطباء والعاملين فى كليات الطب والمعاهد والمستشفيات الى الخارج فى بعثات قصيرة أو طويلة للتدريب على هذه

الجراحات والفحوص .

* العمل على استقدام الخبراء الأجانب من دول العالم . على ان يقتصر عملهم بصفة أساسية على اجراء الجراحات الدقيقة والفحوص المتقدمة للمرضى ، وليس لمجرد الكشف عليهم .

* دعوة الاطباء المصريين العالميين بالخارج - بعد حصرهم - الى المساهمة مع زملائهم المقيمين بمصر فى علاج الحالات التى تستوجب السفر الى الخارج .

* ضرورة الالتزام بأن تكون الحالة الموفدة قابلة للشفاء ، وأن فرص علاجها داخل الجمهورية غيرمتوافرة .

* ان يكون الاصل هو قصرالسفر على مرة واحدة الابموافقة الهيئة الطبية المختصة .

* أن يساهم المريض بجزء من نفقات العلاج ، مع ضرورة التقيد بالجدية فى اجراء البحث الاجتماعى للتحقق من قدرة المريض على تحمل بعض النفقات العلاج أو كلها .

* الحد من التصريح باصطحاب مرافق .

* وضع نظام ملزم يكفل مشاركة وبنوك ومؤسسات القطاع العام والخاص فى نفقات علاج العاملين بها فى الخارج .

فى شأن العلاج على نفقة الدولة بالداخل :

* دعم المستشفيات الجامعية والمراكز العلمية والمعاهد المتخصصة والمستشفيات التعليمية والعامة ، بحيث تستطيع تقديم الفحوص والعلاج الجيد لمن يقصدها من المواطنين وعلى ضوء تقييم ما يتم من دعم يمكن اعادة النظر العلاج بالداخل على نفقة الدولة بهدف ترشيده .

* وضع نظام يكفل الاستفادة من العلاج للمواطنين من غير أفراد القوات المسلحة بالمستشفيات العسكرية .

* التوسع فى تطبيق التأمين الصحى على الشرائح المختلفة من المواطنين ، بحيث يتاح لاعداد متزايدة منهم التمتع بالعلاج الكامل ايا كانت تكلفته فى الوحدات المختلفة ، سواء التابعة لهيئة التأمين الصحى أو المؤسسات العلاجية أو أقسام العلاج بأجر فى المستشفيات العامة

- الاقتصار مستقبلا على علاج الحالات التى تحتاج الى جراحات دقيقة أو العلاج عالى التكلفة الذى يتطلب امكانات مالية غير عادية

فى شأن علاج حالات الفشل الكلوى على نفقة الدولة :

* وضع برنامج قومى للوقاية من أمراض الكلى التى تؤدى فى النهاية الى الفشل الكلوى .

* التوسع فى انشاء ودعم مراكز نقل الكلى فى المستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد المتخصصة .

* امداد المستشفيات العامة بالمحافظات بمراكز الغسيل الكلوى ، وتدريب الأطباء والهيئات المساعدة على العمل بها ، ودعم المراكز الحكومية الحالية وزيادة طاقتها ورفع كفاءتها .

* انشاء صندوق خاص لتمويل نفقات غسيل الكلى للمواطنين تتكون حصيلته من مصادرمتنوعة فى مقدمتها تبرعات المواطنين والهيئات .

* توفير الاعداد المطلوبة من الكلى عن طريق انشاء بنك للكلى التى يتم التبرع بها ، أوتلك التى تؤخذ من المتوفين حديثا .

* تشجيع تصنيع وانتاج أجهزة الفسيل الكلوى ومعداتها محليا وخاصة المرشحات ، ويمكن الاستفادة بامكانات المصانع الحربية والتجارب التى تمت فى هذا الخصوص ، مع العمل على انشاء مركز صيانة متخصص .

* دراسة امكان استيراد أجهزة صغيرة للغسيل الكلوى باسعار ميسرة ، وذلك للاستعمال الشخصى .

* القيام بحملة اعلامية قومية لتشجيع وترغيب المواطنين للتبرع بكلاهم ، سواء فى حياتهم أو بعد مماتهم .

* أهمية العناية بالأمراض التى لاتقل خطورة عن الفشل الكلوى كالاورام والسكر .

علاج مسببات التلوث البيئى

اقترن التقدم العلمى فى العصر الحديث بمجموعة من الآثار الجانبية التى تركت بصماتها على البيئة البشرية ، وانتشرت المخلفات الصلبة والسائلة والغازية الناجمة عن الأنشطة الحديثة المعقدة فى الماء والهواء والغذاء بحيث وجد الانسان نفسه أمام معضلة حقيقية لم يواجهها من قبل وهى : كيف يستطيع التوفيق بين متطلبات التقدم العلمى الحتمى لتقدم البشرية ، وبين التأثيرات الضارة على البيئة بما فيها من عناصر طبيعية وكيمائية وبيولوجية تؤدى الى تدهور صحة الانسان والى معاناته من أمراض لم يسبق له معرفتها .

ولذا فقد نشأت علاقة وثيقة بين البيئة والصحة ، فكما تؤثر البيئة فى صحة الانسان ، فانه يؤثر فى البيئة تأثيرا ينعكس عليه فى حاضره ومستقبله سلبا وايجابا .

ومن ثم ، فان المجلس حرصا منه على مواكبة الاهتمام العلمى بالبيئة عالميا ومحليا ، قام بدراسة أسباب التلوث البيئى المختلفة فى مصر فى اطار جهد علمى شامل تبذله المجالس القومية المتخصصة للاحاطة بشتى مظاهر الاختلال البيئى وتأثيرها على صحة ونشاطات الانسان .

ويلخص أهم النقاط التى تناولتها هذه الدراسة فيما يأتى :

أولا : تلوث المياه وأثره على صحة الانسان :

يعد تلوث المياه من أخطر مظاهر التلوث البيئى لأهمية الماء باستخداماته المختلفة بالنسبة لحياة الانسان ، فاذا لم نحسن اختيار مصدره أو تركناه عرضة للتلوث ، أصبح أكبر مصدر لنقل الأمرض ، وقد ثبت ان ٨ ٪ من الأمراض فى الدول النامية مصدرها تلوث المياه ، كما أن هناك احصائية تشير الى أن تلوث المياه فى هذه الدول تسبب وفيات ٥٠ ٪ من أطفاله .

ومعنى هذا : أننا اذا أمنا مصدرا نظيفا للمياه بحسن اختياره وحمايته من تسرب أى ملوث عضوى كيميائى اليه فاننا نقضى – بذلك – على كثير من الأمراض فى بلادنا وننقذ حياة نصف من نفقدهم من الأطفال .

مصادر مياه الشرب فى مصر :

– منطقة القاهرة الكبرى :

تحصل على المياه من نهر النيل ، ومن آبار مياه جوفية ، وتتم معالجتها فى عدد من المحطات هى محطات مياه : روض الفرج ومسطرد ، والفسطاط ، وشبرا الخيمة ، وقد زادت طاقة انتاج المياه المعالجة فى القاهرة الكبرى شرق النيل ، كما زادت طاقة انتاج غرب النيل وامبابه فى المرحلة الاولى التى ستتضاعف مستقبلا .

ومتوسط ما يحصل عليه الفرد ٤٠٠ لتر / يوم ، وان كان مايحصل عليه الفرد فى بعض الجهات ١٠٠ لتر / يوم وهذا المتوسط يماثل نظيره فى الدول المتقدمة ولكنه متوسط حساب توزيع الكمية المنتجة على عدد السكان ، وليس الكمية الفعلية التى يحصل عليها الفرد ، لان معدل الفاقد منه يقدر بما بين ٤٠ – ٦٠ ٪ بسبب سوء حالة الشبكات وعدم ترشيد الاستهلاك ، وتلف كثير من المعدات الصحية المنزلية ، كما أن هذا المتوسط لايبين التغيرات فى معدل الانتاج بين مناطقه ولابين فترات انقطاعه عن بعضها كما أن الزيادة فى كمية الانتاج لم تواكبها زيادة

في طاقة الصرف الصحي مما يسبب طفح المجاري ، وعدم معالجة جميع المخلفات السائلة الناتجة عن استهلاك هذه الكميات الكبيرة من المياه يجعل الاستفادة منها صحيا غير كافية .

وتقدر نسبة من يحصلون على مياه نقية من جملة السكان بـ ٩٠ ٪ كما تقدر نسبة من يحصلون عليها بتوصيلات خاصة بـ ٨٥ ٪ .

– منطقة الاسكندرية .

تحصل على المياه من ترع متفرعة من النيل ، ويزداد الطلب عليها في الصيف بنسبة ٥٠ ٪ عنه في الشتاء .

وتقدر نسبة من يحصلون على مياه معالجة بتوصيلات خاصة بـ ٩٧٪ و ٣ ٪ من حنفيات عمومية .

اما باقي المحافظات فعمليات المياه في الحضر : ١٣١ عملية وفي الريف ١٢٩٢ عملية .

الى جانب ٩ عمليات كبرى هي عمليات : ابوحمص ، وفوه ، وابشان ، وشربين والبستان ، وبساط كريم الدين ، والعباسة ، والعزب ، وكوم أمبو .

ويتم توصيل المياه المعالجة من الاسكندرية الى مطروح والساحل الشمالي ، ومن قنا الى سفاجه .

متوسط ما يحصل عليه الفرد : يتراوح بين ٤٠ – ١٤٠ لتر / يوم .

وقد لجأت بعض المحافظات الى استخدام وحدات مقفلة لمعالجة المياه فقدمت الهيئة القومية لمياه الشرب والصرف الصحي ١٠٠وحدة ، وقدمت هيئة التعاون الدولي الامريكية ٥٩ وحدة (٣٣ وحدة لمياه النهر ، و١٣ لازالة المعادن و ١٣ لازالة الملوحة) .

وتشتمل الخطة الخمسية الثانية (٨٧ – ٩٢) على توفير ٩٥٠ وحدة أخرى وتقدر احتياجات مياه الشرب في هذه المحافظات – غير القاهرة والاسكندرية – بالالف متر مكعب / يوم كما يلي :

سنة ١٩٨٠	سنة ١٩٩٠	سنة ٢٠٠٠
٣.١٥٧	٣.٣٤٦	٤.٥٠٠

خدمات الصرف الصحي بالمدن :

لاتوجد شبكات للصرف الصحي الا في ٢١ مدينة من بين حوالي ١٦٠ مدينة ، وتعاني شبكات هذه المدن القليلة من زيادة الكميات الواردة اليها عن طاقتها ، الى جانب انقضاء العمر الافتراضي ، واجزاء كبيرة من هذه المدن لاتمتد اليها شبكة المجاري ، ويرجع هذا الوضع الى الزيادة السكانية الكبيرة في المدن ، والتوسع غير المخطط في احيائها المختلفة وزيادة المياه النقية المتوافرة لها ، واهمال التجديد لسنوات طويلة ، ونتيجة لذلك تقصر هذه المحطات في علاج المخلفات الواردة اليها ، فتخرج منها قريبة من المخلفات الخام .

وتوجد محطات لمعالجة الصرف الصحي بجميع محافظات الجمهورية ماعدا ثماني منها هي : محافظات : سوهاج ، وقنا وأسوان والبحر الاحمر ، والوادي الجديد ، ومطروح ، وشمال سيناء ، وجنوب سيناء .

ولقد لجأت بعض المدن المحرومة من شبكات الصرف الصحي الى توصيل صرف المنازل بانابيب الصرف المغطى الذي انشيء لسحب المياه الجوفية التي ارتفع منسوبها خاصة في مناطق الدلتا وهذه الانابيب ذات مسام لتسمح بدخول المياه اليها لسحبها ، ولذلك أدى توصيل المنازل بها الى تلوث المياه الجوفية ، كما انها تصب في المصارف الزراعية دون معالجة فتتلوث مياهها ايضا .

ويحدث ذلك في مدن ستة وعشرين مركزا في محافظات : الشرقية ودمياط وكفر الشيخ والدقهلية والبحيرة والغربية والفيوم .

القرى والمجتمعات السكانية الريفية :

يبلغ عدد القرى في مصر ٤٠٨٨ قرية وعدد العزب حوالي ٢٣٨٨٣ عزبة وكفرا ، وهي في مجموعها محرومة من خدمات ملائمة للصرف الصحي ، ويلجأ سكانها لقضاء حاجتهم الى الطرق البدائية وغالبا ما يكون بجانب مجرى مائي وأما ما يوجد من بعض المراحيض الصحية في المساكن أو المدارس أو المساجد ، فاغلبها في حالة سيئة ويزيد من

سوء حالتها ارتفاع منسوب المياه الجوفية مما يجعل تسرب المياه منها ضعيفا أو معدوما ، كما نتج عن توفير مياه الشرب النقية لهذه المناطق الريفية – دون ان تتوفر لها خدمة الصرف الصحى – تهديد كثير من المساكن بالانهيار .

وكثير من المراحيض الصحية التى يوجد قليل منها فى هذه المساكن تلقى مخلفاتها فى المجارى المائية من المصارف والترع .

مصادر تلوث المياه فى مصر :

قصور خدمات الصرف الصحى :

نتيجة لما ذكر – من اختلاط المخلفات السائلة الآدمية بمياه المصارف الزراعية والترع العذبة ونهر النيل نفسه – فان تلك المخلفات تحمل الى هذه المياه اخطر اسباب التلوث ، كما تلوث بعض المياه الجوفية باستخدام شبكات خفض منسوب مياه الرشح فى صرف تلك المخلفات .

المصارف التى تصب فى المسطحات المائية :

تبين من الدراسة ان هناك ٦٧ مصبا فى نهر النيل من خزان اسوان الى القناطر الخيرية منها ٢٢ مصبا زراعيا والباقى مصبات مخلفات صناعية ويقدر ماتصبه الاولى بـ ٢٨٨٢ مليون متر مكعب / سنة وما تصبه الثانية ب ٣١٢ مليون متر مكعب / سنة ، ويتجاوز ما تصبه الاثنتان ٣ مليارات من الامتار المكعبة .

الصناعة :

تقوم المصانع التابعة لوزارة الصناعة على سبيل المثال بتصريف مخلفاتها فى المجارى المائية وتبلغ جملتها ١٨٨ مصنعا منها :

٣٦ مصنعا تصب مخلفاتها فى النيل مباشرة .

٥٣ مصنعا تصب مخلفاتها فى المصارف .

٩٩ مصنعا تستخدم شبكات الصرف السحى .

وبازدياد المصانع وانقطاع مياه الفيضان لتوقفها عن السد العالى بدأ ظهور مشكلة تلوث مياه نهر النيل والمجارى والمسطحات المائية عموما .

الكيماويات الزراعية :

وهى احد مصادر التلوث ويقصد بها المخصبات الزراعية الصناعية ومبيدات الآفات الزراعية ، وهما لايخرجان عن كونها مواد – كيميائية سامة تحتاج الى احتياطات شديدة فى استخدامها حتى لاتتسبب فى حدوث حالات تسمم غير انه يحدث احيانا ان تجد بعض هذه المبيدات طريقها الى المياه المستخدمة فى الزراعة ومنها الى المصارف ونهر النيل وفروعه .

النقل النهرى والعائمات :

ويشمل هذا المصدر :

× الاسطول السياحى .

× الاسطول التجارى .

العائمات السكنية .

وكلها تلقى بمخلفاتها فى مياه النيل ، وقد تم الاتفاق على تركيب خزانات مخلفات لوحدات الاسطول التجارى بمعدل ٦٥ وحدة شهريا كماتم تجهيز وصلات صرف صحى لخزانات ٣٣ عائمة .

الآثار الجانبية للسد العالى :

أدى انشاء السد العالى الى آثار جانبية تحتاج الى دراسة ومعالجة ومن هذه الآثار بطء التيار فى مجرى النهر وذلك يتيح الفرصة لتراكم الملوثات التى كان يغسلها الفيضان ، وتغير تركيب مياهه ونقص المواد العالقة مما ساعد على نموالطحالب ونبات ورد النيل .

أنواع ملوثات المياه :

الملوثات البيولوجية : تعتبرالمياه من أهم أسباب الأمراض ويمكن تقسيم هذه الأمراض طبقا لنوع الكائن الحى الذى يسببها الى :

كائنات بكتيرية ، وفيروسات ، ووحيدات الخلية ، وديدان وطحالب . كما تعتبر المياه مكان توالد العديد من ناقلات الأمراض مثل :

القواقع ، وسكلويس ، والبعوض .

الملوثات الكيماوية : ويمكن تقسيم الأمراض طبقا لنوع الملوث الذى يسببها الى .

المبيدات الحشرية ، والزرنيخ ، والكاديوم ، والرصاص ، والزئبق، ومركبات الفينول والزيوت الشحوم ، فكل منها يسبب اخطارا معينة .

ثانيا : تلوث الهواء وأثره على صحة الانسان :

تنتشر فى الهواء عناصر عديدة تؤدى الى تلوثه من أهمها :

- الاتربة والمواد العالقة : وتتكون فى الهواء نتيجة لعوامل طبيعية أو فعل الانسان وهذه المواد تسبب التهابا بالشعب الهوائية .

- ثانى اكسيد الكبريت : وينتج من احتراق الفحم والبترول فى الصناعة والاستخدامات المنزلية وهو مهيج للجهاز التنفسى ويتفاعل مع بخار الماء مكونا حامض الكبريتيك وبعض الكبريتات .

- اكاسيد النتروجين . تنتج من حرق الوقود فى محطات توليد الكهرباء أو وسائل النقل وغاز ثانى أكسيد النتروجين مهيج للجهاز التنفسى ويؤثر على كفاءة الرئتين ويتحول فى الجو الى حامض النتريك (الامطار الحمضية) .

- اكسيد الكربون : ينتج من عمليات الاحتراق الكامل للوقود الذى يحتوى على الكربون فى السيارات وفى الاستخدام المنزلى ومن مصادره الهامة التدخين فى الاماكن المغلقة وله قابلية كبيرة للاتحادات مع هيمجلوبين الدم ، فيقلل قدرته على حمل الاكسجين .

- الرصاص : ويتصاعد الى الجو من الرصاص المضاف الى بنزين السيارات ومن المسابك وحرق المخلفات وانتاج البطاريات واسلاك الكهرباء ، وارتفاع معدل الرصاص فى الدم يؤثر على انزيماته وعلى الجهاز العصبى .

- الاشعاعات المؤينة : وأنواعها المعروفة ثلاثة :

أشعة الفا : وهى جسيمات كبيرة نسبيا ، وأشعة بيتا : وهى جسيمات صغيرة نسبيا ، واشعة جاما الشبيهة باشعة اكس .

المصادر الطبيعية للإشعاع :

وتوجد هذه المصادر فى الارض ، وتختلف باختلاف التربة والصخور ويختلف الاشعاع باختلاف المناطق تبعا لتركيز المواد المشعة فى قشرتها الأرضية .

ومن مصادرهـــا كذلك الفضاء الذى يرسل الأشعة الكونية الى الأرض .

المصادر التى من صنع الانسان :

انتج الانسان مئات من المواد المشعة ، واستخدم طاقة الذرة فى الطب ، والسلاح وتوليد الطاقة وغيرها ، واغلب الناس يتعرضون لكميات قليلة نسبيا ، ولكن قلة منهم قد يتعرضون لكمية تزيد الف مرة عما يتعرضون له من مصادر طبيعية .

١) المصادر الطبية :

أهم مصدر هو أجهزة الأشعة التشخيصية : وفى اغلب الدول يجرى نصف حالات الفحص الطبى باشعة اكس على الصدر ، ويجب خفض الجرعات الى أقل حد ممكن وحصر المكان المعرض للاشعاع فى اضيق نطـــاق ، وباستخـــدام الأشعـــة المقطعيـــة أمكـــن خفض الجرعات .

النظائر المشعة .زاد استعمالها فى اكتشاف وظائف الجسم ، وفى تحديد مكان الأورام فى الثلاثين سنة الاخيرة ، ولكن مازالت أقل كثيرا فى استخدامها من أشعة اكس .

العلاج بالاشعاع يستخدم لعلاج السرطان . وجملة التعرض للاشعاع للاغراض الطبية فى الدول الصناعية تمثل حوالى نصف الجرعة من المصادر الطبيعية .

٢) الانفجارات النووية :

تنتج التفجيرات الاختبار القنابل الدرية فى الجو غبارا ذريا ، ولما كانت المتفجرات قد تمت فى نصف الكرة الشمالى ، فان اغلب التساقط كان هناك وقد تعرض بعض الناس لجرعات كبيرة منه .

٣) الطاقة النووية :

تستخدم فى محطات توليد الكهرباء وهذه المحطات تشكل جزءا من دورة الوقود النووى ، وتنتهى الدورة بالتخلص من المخلفات النووية ، وفى جميع خطوات دورة الوقود النووى تتسرب مواد مشعة لايسبب التخلص السليم من النفايات اى تسرب اشعاعى ، وجملة التعرض للاشعاع من دورة الوقود النووى لاتتجاوز ١ ٪ من التعرض له من المصادر الطبيعية ، وان كان التسرب نتيجة وقوع حوادث تزيد عن ذلك كثيرا .

٤) التعرضات المهنية :

يتعرض العاملون فى المجالات النووية المختلفة لمستوى اشعاعى أعلى وكذلك الذين يستخدمون الاشعاع فى اعمالهم ومهنهم الطبية والصناعية .

٥) مصادر أخرى متنوعة :

كالساعات المضيئة وعلامات الخروج والبوصلات ومواقع الاسلحة واقراص التليفون .

تأثيرات الاشعاعات المؤينة على الانسان :

الاشعاع بطبيعته ضار بالحياة . فجرعات منخفضة يمكن أن تؤدى الى حدوث سرطان أو تلف بالجينات وجرعات مرتفعة يمكن أن تقتل الخلايا وتتلف الأعضاء وتسبب وفاة سريعة .

وعلاوة على هذه المصادر المختلفة لتلوث الهواء هناك مايسمى بالتلوث الضوضائى ومصادر الضوضاء فى مصر يمكن تقسيمها الى سبع مجموعات رئيسية هى :

× وسائل المواصلات من سيارات ومركبات وقطارات وطائرات .

× ضوضاء المصانع .

× اعمال الحفر والبناء .

× مكبرات الصوت .

× مصادر آدمية وحيوانية .

× الرماية .

× الأجهزة المنزلية .

وتسبب الضوضاء العديد من الآثار الصحية الضارة ، ومنها :

× ضعف السمع مؤقتا أو مستديما .

× الشعور بالضيق والتوتر نهارا .

× اضطراب النوم وصعوبة الاستغراق فيه .

× اضطرابات نفسية وعصبية لزيادة افرازات الادرينالين الكورتيزون فتزيد نبضات القلب ويختل انتظامها وقد يرتفع ضغط الدم وتصحبه برودة الاطراف ، وقد ينتج عن زيادة التوتر قرحة المعدة وأمراض القلب كما يحدث تمدد الاوعية الدموية بالمخ ويسبب الصداع .

× صعوبة التخاطب بين الناس اذا زاد ارتفاع الضوضاء .

× كثرة الحوادث فى العمل وفى الطريق .

ثالثا : تلوث الاغذية فى مصر واثره على صحة الانسان :

يعتبر الغذاء الضرورة الثالثة للحياة بعد الهواء والماء والاغذية فى مصر اما محلية وتمثل ٤٠ ٪ واما مستوردة وتمثل ٦٠ ٪ وقد زاد احتمال تلوث الأغذية وفسادها بزيادة مصادرها وما طرأ عليها من مواد حافظة اوملوثة اوتعليب ، وقد تعددت اجهزة رقابة الاغذية كما تعددت التشريعات والمواصفات الخاصة بها ، ولكنهما لا يخلوان من تداخل الاختصاص والتضارب .

مصادر تلوث الغذاء :

يتعرض الغذاء للتلوث فى مراحله المختلفة ، ولكى يصل الى المستهلك سليما يجب احكام الرقابة على جميع خطوات انتاجه لحمايته من مصادر التلوث وهى :

-اثناء الزراعة : مياه ملوثة ، مبيدات وأسمدة عضوية ، تلوث الهواء.

– اثناء التداول والعرض : أيد ملوثة ، واوعية ملوثة والذباب والحشرات .

– اثناء التصنيع : المواد الحافظة ومواد التعبئة والتغليف والمواد الملونة وتصنيع مواد ملوثة اصلا .

- أثناء الشحن والنقل : انقضاء فترة الصلاحية ، وعدم سلامة العبوات ووضعها بجوار مواد سامة ، وارتفاع درجة الحرارة للأغذية المجمدة والمبردة .

- أثناء التخزين : تلوث مكان التخزين ، ونقص التهوية ، وارتفاع الحرارة اوالرطوبة ووجود حشرات او قوارض .

المنتجات الحيوانية : عدم نظافة الحظائر ومزارع الدواجن ، وعدم مراعاة الاشتراطات الصحية الملائمة فى المجازر والعاملين بها علاوة على تلوث المياه أو الغذاء المقدم للحيوانات ووجود حيوانات مريضة بأمراض معدية للانسان ، والتغذية على الفضلات الآدمية أوالحيوانية .

أنواع ملوثات الغذاء :

- التلوث البيولوجى :

الأمراض التى تنشأ عنه - وخاصة الاسهال - اذا لم تتسبب فى وفاة المريض فانها تسبب سوء التغذية الذى يهيىء للاصابة بالامراض وينتج عنه ضعف فى الجسم وفى النمو الذهنى للاطفال .

- التلوث الكيماوى :

ينتج هذا النوع من تلوث البيئة الزراعية او الصناعية لانتاج الاغذية وهو قد يؤدى الى التسمم الحاد على مدى أشهر او سنين او الى مسببات السرطان التى قد تمتد الى ١٠ او ٢٠ سنة .

المخلفات الصلبة وتأثيرها على صحة الانسان :

تشكل المخلفات الصلبة (القمامة) مشكلة هامة من مشاكل الصحة العامة لضخامة حجمها وصعوبة مواجهتها ، وما ينتج عنها من توالد الحشرات والقوارض وزيادة فى الحيوانات الضالة .

وكثيرا ما يتم حرق القمامة فى الشوارع ، فينتج عنها دخان كثيف وابخرة سامة ، اذا كانت تحتوى على كمية كبيرة من المواد البلاستيكية أو عبوات مبيدات حشرية منزلية . وتتمثل الاخطار الصحية الناتجة عن القمامة فى :

أخطار طبيعية وكيماوية : التعرض للمواد المتفجرة وقطع الزجاج والمسامير والدبابيس والاسلاك وقطع العظام والاسبستوس وعقر الحيوانات ولسع الحشرات .

- اخطار بيولوجية :

الامراض التى تسببها الفيروسات والبكتيريا والفطريات والطفيليات وحيدة الخلية والديدان وتنتقل للانسان عن طريق البلع أو الاستنشاق أو الجلد أو عن طريق ناقلات الامراض من حيوانات وحشرات .

وعلاوة على ذلك لم يصل مستوى التخلص من القمامة الى المستوى المقبول وهناك محاولات للتوسع فى مقالب القمامة لاستخدامها فى الطمر الصحى الى جانب انشاء بعض مصانع القمامة ، لانتاج مواد تستخدم فى تثبيت التربة الرملية بمناطق استصلاح الاراضى .

وعلى انه اذا لم يتغير سلوك المواطنين بالمحافظة على النظافة العامة فلن يمكن تحسين الوضع وقد لجأت دول كثيرة الى الاستفادة اقتصاديا مما يقرب من نصف القمامة من مواد كالورق والمعادن بتدويرها واعادة استخدامها بعد معالجتها فحققت بذلك فائدة اقتصادية الى جانب الفائدة الصحية الحضارية .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة وما دار حولها فى اجتماع المجلس يوصى بمايلى :

- فيما يتعلق بالصرف الصحى :

* صيانة وتجديد الشبكات القائمة فى المدن ثم توصيل الشبكة للمناطق المحرومة .

* زيادة محطات الرفع تدريجيا لزيادة طاقة الشبكات القائمة .

* اختيار وسائل المعالجة البسيطة المنخفضة التكاليف والتى تعتمد على البيئة المصرية إذ توجد صحار وأراض رملية وشمس ساطعة وسماء مفتوحة حيث أن استخدام التكنولوجيا المتقدمة يحتاج لخبرات دقيقة وطاقة كهربائية وصيانة ، مما يجعل احتمال تعطلها قائما .

* اختيار نوع مرحاض صحى قروى يناسب طبيعة الأرض فى

الدلتا ، حيث يرتفع منسوب المياه الجوفية ، ووضع نظام لتشغيل هذه المراحيض وصيانتها .

* اختيار التكنولوجيا منخفضة التكاليف لعلاج المخلفات السائلة الصناعية .

* التسيق بين خدمات المياه والصرف الصحى .

* ينبغى وضع خطة للصرف الصحى متزامنة مع أى مشروع لتوفير مياه الشرب .

* الزام الشركات والمصانع بعلاج مخلفاتها السائلة قبل صرفها وذلك بمنحها قروضا ميسرة لمواجهة تكاليف هذه المعالجة ، واعفائها من بعض الضرائب لفترة محدودة فى حالة اتمام معالجة مخلفاتها وينبغى عند انشاء اى مصنع جديد ان يشترط عليه علاج هذه المخلفات قبل التصريح بانشائه .

وفيما يتعلق بالصرف الصناعى : توضع الاولويات الآتية :

– اختيار المصانع التى تصرف فى نهر النيل وفروعه مباشرة قبل المصانع التى تصرف فى المصارف والاخوار أو الترع .

– التركيز على الصناعات الأكثر خطورة وهى مصانع السكر والزيوت والصابون والأسمدة والكيماويات ولب الورق والصباغة والتجهيز .

– فى هذه المصانع تتم معالجة المواد الأكثر تلوثا والأشد خطورة على نوع المياه مثل الزيوت والشحوم – المواد العضوية من صناعة السكر – المعادن الثقيلة والسموم .

– يلى ذلك معالجة مخلفات المصانع التى تصرف فى الترع والأخوار ثم المصانع التى تصرف فى المصارف بنفس الترتيب السابق .

– ثم الصناعات الأقل خطورة مثل صناعة الغزل والنسيج والصناعات الغذائية .

– يتم علاج مخلفات هذه المصانع حسب المعايير الواردة فى اللائحة التنفيذية للقانون ٤٨ لسنة ١٩٨٢ .

* أن يراعى مستقبلا حظر الصرف نهائيا فى نهر النيل والبحيرات العذبة .

فيما يختص بمنع التلوث الجوى :

* الإسراع فى إصدار قانون لحماية الجو من التلوث ، يتضمن تنظيم عمليات احتراق الوقود والمخلفات الصناعية الغازية ، واستخراج واستخدام البترول ، وتداول المبيدات الحشرية ، وتهوية الأماكن العامة المغلقة وشبه المغلقة ، كما ينظم استخدام الاشعاعات المؤينة ، ويحد من الضوضاء . ويتضمن المشروع عقوبات رادعة الى جانب الشروط الدقيقة للحصول على الترخيص بمزاولة النشاط .

وسيساعد فى تنفيذ هذا التشريع محطات رصد ملوثات الهواء التى زاد العمل بها من عام ١٩٨٥ وتضم حاليا ٣٤ محطة منتشرة فى تسع محافظات ، مما يمكن من معرفة مستوى ملوثات الهواء بصورة مستمرة .

فيما يختص بمنع تلوث الأغذية :

* ضمان سلامة متداولى الأغذية من الباعة والعاملين بالمطابخ والمطاعم وخلوهم من الامراض المعدية خاصة تلك التى تنتقل عن طريق الفم .

* وضع نظام دقيق لحفظ الاغذية سواء الجافة أو المبردة أو المجمدة بما يكفل عدم تسرب الحشرات والفطريات اليها أو فسادها بسبب عدم انتظار التبريد .

* دعم اجراءات الرقابة فى مجال تصنيع الاغذية وذلك باختيار الحاصلات الزراعية أو المنتجات الحيوانية ، والتأكد من خلوها من البكتريا والفطريات الضارة ومن مخلفات المبيدات الحشرية وغيرها من المواد الكيماوية المستخدمة فى الصناعة .

* استخدام العبوات من النوع المناسب الذى لا يتفاعل مع المادة المعباة ولا يتسرب بعض مكوناتها الى ما تحويه من مواد غذائية .

* إحكام الرقابة على منافذ دخول المواد الغذائية فى الموانى والمطارات لحماية المستهلك من تناول أى أغذية فاسدة أو ضارة ، ويجب ان تشمل هذه الرقابة التلوث بالإشعاع .

* التأكيد على قيم النظافة الشخصية فى إعداد وتجهيز الأغذية ، ومراعاة السلامة الصحية للعاملين فى مجال تداول الأغذية وفقا للمعايير التى وضعتها منظمة الصحة العالمية فى هذا الصدد .

فيما يختص بمعالجة المخلفات الصلبة :

* تعتبر خطوات المعالجة السليمة للمخلفات الصلبة ضمن منظومة متكاملة تتمثل فى التولد والجمع والنقل والمعالجة .

وللوصول الى أفضل النتائج يجب مراعاة ما يلى :

* عدم القاء القمامة فى اماكن مكشوفة وتوضع بصفة دائمة فى اكياس أو أوعية خاصة محكمة الغلق حتى يسهل جمعها .

* يتم دوريا جمع القمامة فى مواعيد منتظمة يعرفها جميع العاملين والمنتفعين بهذه الخدمة ، وان يكون النقل فى عربات مغطاة وسليمة . ويجب منح العربات التى تجرها الدواب تدريجيا خاصة فى المدن الكبيرة .

* تفرز القمامة قبل البدء فى المعالجة على على أن تتم بطريقة سليمة لا تعرض القائمين بها للحوادث أو العدوى وذلك بالوسائل الاتية :

بالردم أى بالقاء القمامة فى مناطق منخفضة فى الأرض . وهى أرخص الطرق ولكنها غير صحية حيث انها تساعد على توالد القوارض والحشرات وتحدث روائح كريهة ، ويسبب ذلك عدم صلاحية هذه الارض فى البناء .

– بالطمر (الدفن) الصحى بحيث توضع المخلفات فى طبقة من ١,٥ –٢ متر ثم تغطى بطبقة من الرمل ١٥ سم وتكرر العملية حتى تمتلئ المنطقة ويمكن زراعة الحشائش والشجيرات فى هذه المناطق بعد امتلائها . وهذه الطريقة تمكن من تجنب عيوب طريقة الردم .

– الكمر (انتاج السماد) : وهو عبارة عن عملية بيوكيميائية تحول المكونات الى مواد ثابتة . وهذه الطريقة صحية وتناسب الظروف فى مصر لأنها لا ينتج عنها روائح كريهة أو دخان أو قوارض أو حشرات وتعطى عائدا ماديا حيث قد تغنى عن استخدام المخصبات الصناعية وتفيد فى تحسين نوع التربة وتزودها ببعض العناصر الأساسية لنمو النبات ، وتقتل الميكروبات .

* تغذية الحيوانات (حظائر الخنازير) وتفيد فى التخلص من المواد العضوية ولكنها تسبب تصاعد الروائح الكريهة وتوالد الذباب والقوارض ، كما قد تسبب الاصابة بالديدان الشريطية .

– الاستخلاص والتدوير : وهذه الطريقة ليست معالجة نهائية ولكنها تمثل الاستفادة بجزء كبير من مكونات القمامة مثل :

– المكونات الورقية يعاد استخدامها فى انتاج الورق .

– المخلفات الزجاجية تصهر ويعاد تشكيلها كزجاجات أو أوان .

– المخلفات المعدنية تصهر ويعاد طرقها .

الترميد (التحويل الى رماد عن طريق الحرق) وهى الطريقة المثلى من وجهة نظر الصحة العامة لانها تقضى على جميع الجراثيم والحشرات ولا ينتج عنها روائح كريهة ويمكن استخدام طاقة الاحتراق فى توليد البخار .

* ان أنسب الطرق لمعالجة القمامة من الناحيتين الصحية والاقتصادية فى مصر تتمثل فى طريقتين :

١– الطمر أو الدفن الصحى فى المناطق التى يتوفر فيها أماكن تصلح كمقالب للقمامة .

٢– الكمر أو انتاج السماد فى المناطق التى لا تتوفر فيها مثل هذه الأماكن .

القســـم الرابـــع

الشباب والرياضة

الاطار العام لاستراتيجية الشباب

تتعدد الآراء فى تعريف الشباب وتحديد بداية سنه ونهايته ، ويميل الرأى الغالب الى أنه الفترة التى يبدأ معها النضوج الجسمانى والذهنى لدى الفرد من الجنسين ، والتى تؤهله ليكون عضوا منتجا فى المجتمع .

وتسجل الحقائق التاريخية المعاصرة الكثير من الاحداث والمتغيرات المتلاحقة التى مرت بالشباب ، سواء على المستوى القومى أو على المستوى الدولى ، خلال السنوات الثلاثين الماضية ، مما كان له آثار مباشرة على المجتمع المصرى كله بوجه عام ، وعلى الشباب المصرى بوجه خاص ، وأدى الى نشوء ظواهر سلبية كثيرة بين غالبية فئات الشباب وأهم هذه الظواهر : ضعف الثقافة العامة ، وضعف الشعور بالانتماء الوطنى ، والسلبية واللامبالاة فى التصدى للمشاكل الحيوية ، والاضطراب النفسى والفكرى ، والميل الى عدم الالتزام والانضباط ، وضعف مستوى الانتاجية والعطاء ، والميل المستمر الى الهجرة الى الخارج .

وينبغى للتعرف على اسباب هذه الظواهر السلبية ، دراسة الجوانب السياسية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المصرى ، وعلاقتها بالشباب خلال هذه الفترة ويخلص مرجزها فيما يأتى :

الجوانب السياسية :

تحمس الشباب لأهداف ثورة ٢٣ يوليه التى أعلنتها عند قيامها ، اذ وجد انها تعبر عن مطالب الشعب ، وعن آمال الشباب وطموحه ، ومن ثم اخذ يبحث عما تضمنته من أفكار ومبادىء ومثل ، ولكنه وقع فى حيرة امام الاتجاهات والنماذج الفكرية العديدة التى كانت تقدم له الواحد تلو الآخر بدءا من الانتماء العربى الى الانتماء الاسلامى الى عدم الانحياز وكانت كل هذه النماذج تفرض على الشباب من القمة دون أى اعداد نفسى أو فكرى ، بالاضافة الى انها كانت عرضة لتفسيرات متناقضة وتأويلات متضاربة من الجهات الرسمية وغير الرسمية الأمر الذى زاد من حيرة الشباب بل وزعزعة ايمانه بمجتمعه كله .

ثم ساعد على زيادة البلبلة الفكرية لدى الشباب فرض الوصاية الحكومية على أنشطته فى المجتمع وعلى الأخص النشاط السياسى ، مما لا يسمح بتدريب أو إعداد الشباب فى المدارس أو الجامعات على الممارسة السياسية والديمقراطية .

وكان من أهم الأسباب السياسية التى أثرت فى نفسية الشباب المصرى ، الحروب المتتالية التى اضطرت البلاد الى خوضها فى الثلاثين سنة الماضية حيث تحمل الشباب المصرى أعباءها وقدم عشرات الألوف من الضحايا والشهداء خلالها وبخاصة حرب ١٩٦٧ التى تعتبر من بين الأسباب التى أدت الى التغير السلبى فى شخصية غالبية الشباب المصرى ، واذا كان الانتصار المجيد الذى تحقق فى أكتوبر سنة ١٩٧٣ وما أعقبه من أسلوب الانفتاح السياسى والاقتصادى على الداخل وعلى الخارج ، قد خفف من الآثار النفسية السيئة على الشباب الى حد ما ، الا انه لم يصل الى رأى واضح بالنسبة لتحديد صورة المجتمع المصرى الجديد .

ثم تتابعت مجموعة من المتغيرات فى السياسة الخارجية العالمية

والعربية ، تركت آثارها على فكر الشباب ونفسيته ، كان من أهمها : مبادرة السلام مع اسرائيل التى أيدتها غالبية فئات الشعب ، وما أعقب ذلك من قطيعة بين مصر وجيرانها العرب .

كما توالت الأحداث والمتغيرات السياسة الكبرى ايضا فى خلال تلك الفترة على الصعيد العالمى : قيام الثورة فى ايران ، ثم الغزو الروسى لأفغانستان الاسلامية ، ثم قيام الحرب بين العراق وايران وظهور جماعات متطرفة فى بعض البلاد العربية ومصر ، ثم الحرب الدائرة فى لبنان ، وزيادة المد الشيوعى الى بلاد كثيرة فى آسيا وافريقيا ، وعلى الأخص فى تلك البلاد المحيطة بحدود مصر أو القريبة منها ، بالاضافة الى التوتر السائد فى بعض بلاد أوروبا الشرقية ، وما يعنيه كل ذلك من احتمالات قيام مواجهة بين القوى العظمى أو على الاقل اندلاع حروب اقليمية اخرى قد تتأثر بها مصر .

ونتيجة لأسلوب الادارة الذى اتبعته الحكومة خلال الثلاثين سنة الماضية زاد تدخل الأجهزة الحكومية فى شتى المجالات مما أدى الى تفشى البيروقراطية بين أجهزتها واختفاء المواهب الشابة الخلاقة . كما زادت التصريحات المناقضة للواقع مما أدى الى زعزعة ايمان الشباب واهتزاز الثقة فى القيادات السياسية .

الجوانب الاجتماعية :

الأسرة : توضح الظواهر التى سبقت الاشارة اليها ان الأسرة لم تؤد دورها كاملا فى تنشئة اجيال الشباب . ولا شك ان من أهم الأسباب التى أدت الى ذلك هو زيادة الأعباء المعيشية واضطرار كثير من الأمهات الى العمل للمشاركة فى تحمل هذه الأعباء ، مما أدى تلقائيا الى ضعف قدرة الوالدين على الاهتمام بالتربية والى هبوط امكانات الرقابة والتوجيه والثواب والعقاب للأبناء ، ويصدق ذلك على كل فئات الشباب سواء فى الريف أو فى الحضر رغم اختلاف التكوين الأسرى حيث يتمتع الشباب فى الحضر بحرية اكبر فى الحركة وفى التعبير .

وهكذا نشأت هوة بين الوالدين وبين الأبناء أثرت تأثيرا مباشرا على المعايير والمبادئ التربوية المتعارف عليها فى الأسرة المصرية منذ القـدم .

وقد ساعد على تفاقم مشكلة هبوط مستوى التربية فى محيط الأسرة زيادة عدد أفرادها مع عدم توافر الوقت الكافى لدى الأبوين للاهتمام بأفرادها . كما زادت أزمه الاسكان من حدة المشكلة حيث تضطر الأسر الى التكدس فى مساحات محدودة مما يشكل ضررا اجتماعيا وضعفا نفسيا بالنسبة للوالدين والأبناء .

المدرسة : واذا تركنا الأسرة الى المدرسة بمراحلها المختلفة نجد أن أغلب المدارس تحول الى مجمعات لتخريج أفواج من النشء والشباب وفقا لقوالب تعليمية لا تتناسب مع ما هو مطلوب للتنمية فى مصر ولا تتمشى مع تطورات العصر ، فقد أهمل نظام التعليم فى المدارس أهم المجالات الأساسية للتعليم والتربية ومن بينها على سبيل المثال مجال تدريس التاريخ القومى الصحيح لتعريف الشباب بتراثه وانجاز شعبه لتأكيد انتمائه وحبه لوطنه ومجال التعليم الدينى لتأصيل القيم والعادات و المثل العليا فى نفوس الشباب ، كذلك لحق الإهمال بشكل واضح مجال تدريس اللغات الأجنبية رغم شدة الحاجة اليها اكثر من ذى قبل لملاحقة التطورات الحضارية السريعة ، ونتيجة لتلك العوامل ولغيرها فقد استشرت فى السنوات الأخيرة ظاهرة الدروس الخصوصية ، يضاف الى ذلك ان شدة الحاجة إلى المدرسين أدت الى تكليف كثير من الخريجين بالتدريس دون الإعداد الكافى ، مع حرمان مدارسنا من بعض المدرسين الممتازين الذين يوفدون لمعاونة الدول العربية الشقيقة . ولقد أدى كل ذلك الى تفاقم المشكلة التربوية والتعليمية .

وقد لحق الإهمال ايضا مجال التربية البدنية ، فاختفت الرياضة والملاعب الرياضية من معظم المدارس الجديدة إما لقصور فى الاعتمادات المالية وإما لانشاء الفصول الدراسية الجديدة على حساب الملاعب الرياضية ، واصبحت الرياضة فى المدارس بمختلف مراحلها من الترفيات بعد أن كانت من الأساسيات حتى أوائل الستينات ، مما جعل

طاقات الشباب تنصرف الى مالا يفيد ، وانتهى الأمر الى ان اصبح كل ما يصل الشباب بالرياضة سواء فى الريف أو فى الحضر هو الاستماع الى المباريات الرياضية أو مشاهدتها دون ممارستها وقد أدى ذلك الى ظهور مرض رياضى جديد اصاب معظم الشعب وعلى الأخص فئة الشباب وهو مرض التعصب الرياضى وكان نتيجة ذلك هبوط المستوى الأخلاقى والصحى بين الشباب .

الجامعة : أدى التركيز على فتح جامعات جديدة لاستيعاب الأعداد الهائلة الوافدة من المدارس كل سنة - مع تغيير اسلوب التدريس فى الجامعة من الشرح العلمى والحوار بين الأستاذ وطلبته الى أسلوب التلقين والاملاء مقرونا بالمذكرات والملازم المطبوعة - الى ضعف فاعلية الجامعة ودورها فى حماية المثل التى تؤهل الخريج ليكون مواطنا صالحا بجانب كونه عالما أو خبيرا ، وبدلا من الاهتمام بتطوير العلوم وأسلوب التدريس وانتقاء الاساتذة الأكفاء ، شغلت ادارتها بمشاكل روتينية ادارية ، كما انتقلت اليها ظاهرة الدروس الخصوصية وغيرها من الظواهر السلبية التى تعانى منها المدارس ، ففقد الطالب صلته الروحية بأستاذه ، وهى الصلة التى كانت تكفل له ايجاد الحلول لبعض مشاكله الاجتماعية .

المؤسسات الدينية : وتعتبر المؤسسات الدينية من بين المؤسسات التربوية الروحية المكملة للأسرة والمدرسة والجامعة ، وقد انتشرت دور العبادة فى جميع المدن والقرى ، ومن الملاحظ ان الغالبية العظمى منها مازالت تركز على الجانب التعبدى بوجه عام ، واتسم التوجيه التربوى من خلال الخطب والدروس بالطابع التقليدى ، الذى يتناول غالبا الجوانب السلبية من حياة الأفراد فقط ، دون التعرض للمشاكل الاجتماعية بوجه عام أو مشاكل الشباب بوجه خاص ، ومحاولة ايجاد حلول واقعية لها عن طريق المنطق والاقناع الذى تفيض به الأديان ، فغاب دورها الاجتماعى فى استثمار طاقات الشباب وتوجيهها نحو المشروعات أو الخدمات التى يمكن أن تعود على المجتمع وعلى الشباب نفسه بالفوائد الايجابية كمحو الأمية أو التمريض أو التوعية بنظافة المدينة أو انشاء فصول للتقوية أو تعليم الحرف والمهن لأبناء المنطقة التى يوجد بها المسجد ، الى غير ذلك من الأعمال التى تربط الشباب بدينه وبدنياه وتعكس المضمون الاجتماعى للدين على واقع الحياة .

أما جامعة الأزهر ، فقد صادفتها المعوقات التى صادفت غيرها ، وخاصة بعد أن تحولت الى جامعة علمية دينية .

المؤسسات الشبابية : يعتبر جهاز الشباب والرياضة قمة المؤسسات الشبابية الرسمية فى مصر وكان له أثره المباشره فى توجيه سياسة معظم المؤسسات الشبابية الأهلية الأخرى كجمعية الكشافة والمرشدات وجمعية بيوت الشباب المصرية والأندية الرياضية المختلفة بمصر ، بالاضافة الى المؤسسات الشبابية الرسمية الأخرى التابعة له

وقد عانى هذا الجهاز من التغييرات المستمرة والمتلاحقة فى وضعه وفى شكله التنظيمى نحو أربع عشرة مرة فى نحو ربع قرن مضى ، وما من شك فى أن هذا التغيير المستمر لهذا الجهاز كل سنتين فى المتوسط كان من أهم الأسباب التى عوقته عن قيامه بواجباته نحو الشباب عن طريق استراتيجية أو خطة مدروسة طويلة الأجل ، فضلا عن عدم استقرار قياداته .

كما أن الخلط فى اختصاصات الجهاز المذكور بين التنفيذ تارة وبين الرقابة والمتابعة تارة أخرى نتج عنه آثاره بالنسبة لدوره من الناحية التربوية للشباب ، بالاضافة الى أنه لم يتمكن من القيام بدوره التنسيقى بين الجهات الأخرى المعنية بتربية الشباب كالشئون الاجتماعية والصحة والمدارس والجامعات وأجهزة الثقافة والاعلام وغيرها .

وقد تأثر الجهاز كغيره من الأجهزة بمرض البيروقراطية التى تعوق التطور مهما خلصت النوايا . كما أن تركيز هذا الجهاز فى بعض الفترات على مساندته لقيام بعض التنظيمات السياسية الشبابية أبعده عن مساره الحقيقى وأفقده دوره الطليعى الطبيعى بالنسبة للشباب .

ولما كان هذا الجهاز هو السلطة المهيمنة على الهيئات الأهلية لرعاية

الشباب بمصر طبقا للقوانين الصادرة فى هذا الشأن ، فإنه تجدر الاشارة الى أن هذه القوانين قد تناولتهـــا كثير من التعديلات كان آخرها : القانون رقم ٥١ لسنة ١٩٧٨ المعدل للقانون رقم ٧٧ لسنة ١٩٧٥ ، وهو مطروح وقت إعداد هذه الدراسة للتعديل مرة أخرى . وهكذا أدت هذه التعديلات المتوالية الى ارباك الهيئات الخاصة العاملة فى رعاية الشباب ، كما أدت ايضا الى تعويق العمل بالجهاز نفسه ، ونشأت من جراء ذلك مشاكل عديدة بين الجهاز من جهة وبين تلك الهيئات من جهة أخرى سواء من ناحية تطبيق القانون أو من ناحية تفسير مواده بعد كل تعديل .

أما الاعتمادات المخصصة للصرف منها على أنشطة الشباب فكانت دائما قاصرة عن الوفاء بمتطلبات البرامج الطموحة للهيئات المعنية الأمر الذى أثر بالتالى على إمكانات هذه الهيئات وقدرتها على أداء دورها التربوى قبل الشباب .

الجوانب الاقتصادية :

كان لكثرة القرارات الاقتصادية المتلاحقة والمتباينة على مر السنين آثار ضارة بالنسبة للاقتصاد الوطنى ، ظهرت فى ضعف معدلات النمو وانخفاض متوسط دخول الافراد الأمر الذى أدى الى القضاء على طموحات الشباب تدريجيا ، وإصابة غالبيته الكبرى بالاحباط .

وقد ساعد على تفاقم المشكلة توفر الامكانات المادية لبعض الأسر ، فحققت لأبنائها مستوى معيشة يفوق بكثير المستوى الذى تعيشه الغالبية العظمى من الشباب ، خاصة فى الحضر ، وقد ترك ذلك آثارا نفسية سيئة بين الشباب غير القادر ، قادته إما الى حالة من الاحباط أو اليأس ، وإما الى محاولة التقليد او المحاكاة بالبحث عن طريق للاثراء السريع أدى به فى كثير من الأحيان الى الانحراف .

وقد لعبت سياسة التعليم دورا سلبيا كان له تاثير مباشر على عملية التنمية الاقتصادية ، فقد كان من نتائج التركيز على التعليم الجامعى وإهمال التعليم الفنى والمهنى ثم الالتزام بتعيين الخريجين دون مواجهة للاحتياجات الفعلية للمجتمع ، أن هاجر العديد من العقول الممتازة – وأكثرها من الشباب – الى الخارج .

واخيرا فقد أدى العجز المستمر فى موازنة الدولة الى ضغط الاعتمادات المخصصة لمختلف جوانب نشاط الدولة ومن بينها الاعتمادات المخصصـة للمنشآت الشبابية والرياضية علـى المستويين الرسمى والأهلى .

تلك هى أهم الجوانب السياسية والاجتماعية والاقتصادية التى أثرت على الشباب منذ أوائل الخمسينات ، واذا كان ظاهر الصورة يبدو غائما لأول وهلة ، فان وراءه حقيقة ثابتة هى أصالة الشعب المصرى وحفاظه على جوهره خلال مختلـف العصـور ، على الرغم من الأحداث التى مرت به .

وعلى ضوء ما تقدم وانطلاقا من أن المرحلة التى نعيشها مرحلة مؤقتة جاءت نتيجة للمتغيرات الداخلية والخارجية المتلاحقة التى مرت بها البلاد ، فان العلاج الذى يمكن اقتراحه يبدأ بتحديد الأهداف الاستراتيجية المتكاملة طويلة الأجل فى مختلف المجالات ، ثم وضع الاقتراحات العملية لتنفيذ أهداف هذه الاستراتيجية ، كل ذلك فى خطة شاملة متكاملة تغطى جميع القطاعات والمجالات الشبابية وترتبط فيما بينها كما تغطى فى الوقت نفسه جميع محافظات الجمهورية ، ثم تقسم هذه الخطة الى خطط فرعية يشمل كل منها مشروعات محددة ، وتكون منبثقة من الخطة الشاملة .

الملامح الأساسية للاستراتيجية :

تخلص الملامح الأساسية للاستراتيجية فيما يلى :

– أن تكون هذه الاستراتيجية جزءا لا يتجزأ من خطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة بحيث ترتبط هدفا ومضمونا بالأهداف القومية للمجتمع .

– أن تكون مسئولية إعدادها وتنفيذها مسئولية عامة ومشتركة بين جميع المؤسسات المعنية بالشباب بحيث يتم التخطيط والتنفيذ فى تناسق

وترابط يشمل جميع مراحلها .

- أن تشمل جميع أنواع النشاط بفروعها المختلفة من ثقافة وفنون ورياضة وتدريب مهنى وخدمة عامة حتى تتاح للشباب جميع الفرص لاكتساب المعرفة وتنمية المهارات وبناء الشخصية الناجحة الواعية .

- أن تتيح الفرص المتكافئة للنمو السليم والنشاطات المختلفة لجميع فئات الشباب فى مختلف القطاعات على قدم المساواة من طلاب وعمال وفلاحين وبدو .

- أن تتضمن الخطط الفرعية للاستراتيجية تحديدا واضحا لدور الجهود الذاتية والهيئات الأهلية والمجتمعات المحلية بالنسبة للتمويل والريادة وتوفير المرافق والمنشآت .

الأهداف الرئيسية للاستراتيجية :

وتهدف الاستراتيجية الى :

- معاونة الشباب على اكتساب قيم جديدة تتيح لهم القدرة على تغيير ما قد يكون لحق بنفوسهم وأفكارهم من مظاهر أحدثتها ظروف وأوضاع مختلفة فى الحقبة الماضية .

- الارتفاع بمستوى الشباب وتأهيلهم لتحمل تبعات المستقبل وذلك بالتنشئة الصحيحة التى تكفل لهم فرص النمو السليم بدنيا ونفسيا واجتماعيا وفكريا وعلميا حتى يتمكنوا من المشاركة فى بناء مجتمعنا الحديث على أسس التقدم العلمى مع الحفاظ على قيمه العريقة .

- تعبئة طاقات الشباب وتنظيم الافادة منها على جميع المستويات بما فى ذلك جهوده التطوعية فى المجالات المناسبة على أساس الاقناع بأن العيش فى كنف الوطن والتمتع بخيراته يستدعى أن نوفيه بعض حقه بالتطوع لخدمة المجموع .

- تحقيق الالتقاء البناء بين مجتمع الكبار بخبراته ومجتمع الشباب بطاقاته وإمكاناته وذلك عن طريق اشراك من يمكن إعدادهم من الشباب فى عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية التى تتولاها أجهزة الدولة .

التوصيات

فى ضوء العرض السابق ومناقشات المجلس ، يوصى بالآتى :

* تنويع وتوسيع مساهمة القوات المسلحة فى عملية إعداد وتدريب الشباب لخدمة القطاع المدنى بحيث يدرب المجندون فنيا ومهنيا ، نظريا وعمليا مع اعطاء أولوية لتشغيلهم فى مشروعات الدولة مع دعم واستمرار خطة القوات المسلحة فى محو أمية المجندين .

* انشاء معسكرات عمل دائمة فى مختلف المحافظات وعلى الأخص فى المجتمعات الجديدة تكون مهمتها تشغيل الشباب فى المشروعات الجديدة مقابل اجور مناسبة مع تخصيص بعض المدارس الفنية لتعليم الشباب بعض الحرف التى يحتاجها المجتمع وذلك خلال فترات الإجازات . على أن يعقد للشباب فى هذه المعسكرات نداوت ثقافية ودينية وتدريبات رياضية . وكذلك فانه من الضرورى الاكثار من مراكز الشباب مع تزويدها بالملاعب والأجهزة الرياضية لاتاحة الفرصة للشباب من الفلاحين والعمال لممارسة الرياضة فيها .

* اقامة المعسكرات الصيفية على جميع شواطئ الجمهورية لاتاحة الفرصة للشباب بمختلف مستوياته للترويح والاستجمام بأسعار معقولة وتحت إشراف منظم مع الاهتمام باحياء حركة الكشافة والمرشدات ونشرها فى المدارس والجامعات باعتبارها من أفضل وسائل التربية .

* العمل على حل أزمة الاسكان وتوفير المساكن المناسبة للأسر كثيرة العدد اذ أن هذه المشكلة تشكل خطرا اجتماعيا ونفسيا بالنسبة لغالبية الشباب ومن ثم يجب تقديم الشباب على غيرهم فى تخصيص المساكن الجديدة .

* وضع نظام للاتصال والحوار الدائم المنظم بين المسئولين فى الحكومة وبين الشباب فى كل المواقع لعرض ومناقشة حقيقة المشاكل

التى تعانى منها البلاد بوجه عام ومشاكل الشباب بوجه خاص .

* تعديل المناهج الدراسية فى جميع مراحل التعليم ، وعلى الأخص التعليم الجامعى على أن تكون المناهج الجديدة نابعة من واقع مجتمعنا ولخدمة أهداف تنميته مع العودة الى نظام اليوم المدرسى الكامل ، وتقديم الغذاء الصحى للتلاميذ .

* الاهتمام بالمجالات الأساسية للتربية والتعليم ، مثل التاريخ القومى الصحيح لتعريف الشباب بأمجاد شعبه وتراثه الحضارى مما يعمق انتماءه وحبه لوطنه ، وكذلك التعليم الدينى لتأصيل القيم الروحية والمثل العليا فى نفوس الشباب .

* العودة الى الاهتمام بالنشاط الرياضى والتربية الرياضية فى الجامعات والمؤسسات العمالية ووحدات الانتاج والخدمات لما لذلك من أثر فى رفع الروح المعنوية للشباب . واعتبار التربية الرياضية مادة أساسية فى المدارس . اذ يلاحظ ان التربية الرياضية اختفت فى معظم المدارس ولاسيما فى المدارس الجديدة ، إما لقصور فى الاعتمادات المالية لانشاء الملاعب وصيانتها وإما للتوسعات فى المبانى اللازمة للفصول الجديدة على حساب الملاعب الرياضية مما كانت نتيجته اتجاه الشباب الى استغلال طاقاتهم فيما لا ينفع، كما يلاحظ ان معظم المؤسسات العمالية ووحدات الانتاج والخدمات أهملت الأنشطة الرياضية بسبب عدم وجود الملاعب وعدم وجود متخصصين للتدريب على أنواع الأنشطة الرياضية وكذلك لقصور فى الامكانات المالية اللازمة .

* فتح المدارس فى العطلات الصيفية لاستغلال ملاعبها وأنديتها فى ممارسة الشباب للرياضة على أن يتم ذلك تحت اشراف ومسئولية أجهزة الشباب والرياضة .

* يجب أن يعمل الأئمة ورجال الدين على ترشيد الخطب والدروس الدينية من حيث الموضوع والمستوى وربطها بمشاكل المجتمع ومشاكل الشباب بوجه خاص ومحاولة إيجاد حلول واقعية لها والعمل على تزويد اماكن العبادة بأخصائيين اجتماعيين تكون مهمتهم توجيه الشباب للمشاركة فى الأعمال التى تعود على أحيائهم بالخير وتربط الشباب بدينه وبدنياه وتعكس المضمون الاجتماعى للدين على واقع الحياة ، وكذلك تزويد المساجد ودور العبادة بمكتبات تشمل الكتب الدينية والثقافية والعلمية .

* العمل على استثمار طاقات الشباب وتوجيهها نحو المشروعات والخدمات النافعة وذلك بدعوتهم الى استغلال أوقات فراغهم فى المساهمة فى محو الأمية أو فى أعمال التمريض أو لتعليم الحرف والمهن البسيطة أو اعطاء دروس التقوية لأبناء مناطقهم وغير ذلك من الخدمات العامة مع تقييم نظام الخدمة العامة المعمول به حاليا .

* اتاحة الفرصة للشباب لاصدار مجلات أو صحف محلية واقليمية يعبرون فيها عن آرائهم فى المشاكل التى تخص مجتمعهم المحلى أو مجتمعهم المصرى بوجه عام .

* تدعيم أجهزة الرعاية الصحية والنفسية فى المدارس والجامعات وأماكن التجمعات الشبابية فى المصانع والمؤسسات والأندية الريفية وامدادها بالخبراء والمتخصصين والعمل على نشر الثقافة الصحية والنفسية بين الشباب والتوسع فى تدريس الصحة العامة والصحة النفسية والاسعافات الاولية فى المدارس والمصانع وخاصة بالنسبة للوقاية والعلاج من الأمراض التى يتعرض لها الشباب .

* اختيار القيادات الشبابية فى المحليات من بين من لهم استعداد ورغبة للعمل فى حقل الشباب .

* وبالنسبة للعمل الشبابى فى الجامعات والمعاهد ، فيقترح تشكيل لجنة من القيادات الجامعية بالاشتراك مع بعض القيادات الطلابية لوضع نظام لاتحادات الطلبة يضمن الاستقلالية بالنسبة لادارة الاتحادات وتوجيه وتنمية قدرات الشباب وتدريبهم على ممارسة السياسة والديمقراطية والمشاركة الايجابية فى حل مشاكل المجتمع ونشر الوعى

الجامعي والحضاري واستقراره بين الشباب .

أسلوب التنفيذ :

يراعى عند تحويل هذه التوصيات الى مقترحات بمشروعات محــددة :

* ان تغطى هذه المشروعات الأهداف الاستراتيجية للدولة . على أن تتسم بالمرونة الكافية لتتلاءم مع ظروفنا الاقتصادية وتقاليدنا الاجتماعيـة .

* ان بعضها يمكن أن يطبق فورا ، وبعضها يطبق على مراحل ، فى المدى القريب او المتوسط ، مع تحديد المدة الزمنية اللازمة للتنفيذ بالنسبة لكل مرحلة .

* الافادة الى أقصى حد من الامكانات المتاحة حاليا ، سواء البشرية أو العينية أو المالية ومن ثم ينبغى أن يحدد دور الجهات المعنية المختلفة بالنسبة للتنفيذ أو المتابعة لكل مشروع من المشروعات ، سواء على المستوى القومى أو المركزى أو المحلى .

* ينبغى تفريغ جميع المشروعات فى جدول تحليلى زمنى ، بهدف سهولة التنسيق بين جهات التنفيذ وجهات المتابعة ، وسهولة التمويل ، على أن يعهد بالمتابعة العامة لتنفيذ الاستراتيجية الى جهة مركزية ، مع عدم حجب دور الجهات المسئولة عن متابعة المشروعات وفقا لاختصاص كل منها ونطاق إشرافه .

أسلوب التمويل :

وحتى يكون لهذه الدراسة أثرها الايجابى الفعال ، فيتعين ترجمة توصياتها الى تقديرات مالية مبدئية ، على ضوء الخبرة والتجربة للعاملين فى مجال الشباب مع الأخذ فى الاعتبار معدلات الزيادة السنوية فى الأسعار ، سواء فى العمالة أو فى غيرها من المستلزمات ، ثم توزع الاعتمادات المالية المطلوبة على القطاعات والجهات المختلفة ، على أساس سليم وللأغراض التى حددت من أجلها .

الشباب والتربية الدينية

الشباب مرحلة متوسطة بين الطفولة والكهولة ، وهو جزء من المجتمع له بعض الخصائص الذاتية التى تميزه ، وان كان يشترك فى الخصائص والصفات العامة .

وأكثر ما يميز الشباب : حيويته وقوة فاعليته ، وسعة استعداداته ، وامتداد آماله وطموحه . فهو أوفر عناصر المجتمع طاقة على ارتياد ميادين العلوم والفنون والبحث والاختراع ، وأقدرها على مواجهة متطلبات العمل والانتاج وبذل الجهد والتضحيات وأكثرها تفتحا لاستقبال الجديد ، وأجداها نفعا ، وأنشطها فى المحافظة على كيان الأمة وتطويرها وتجديدها . وبهذا كله يعكس الشباب الامكانات الحقيقية لواقـــع المجتمـــع وتطـــوره ، ويشكـــل البنيـــة الأساسيـــة لمستقبلـــه .

والشباب باعتبار ماله من أهمية ومكانة ينبغى أن يوضع فى اطار من الرعاية تكفل له تنشئة صالحة متكاملة . واذا كان الاسلام قد عنى عناية تامة بالانسان فى جميع مراحل حياته ، وأحاطه برعايته إحاطة كاملة ، وقدم له فى جميع شئونه أكمل وأسمى منهج ، لذلك فان الالتزام بمبادئ الاسلام وقيمه هــو خير منهج ينبغى أخذ الشباب به .

مشكلات الشباب وأسبابها :

ويتبين من عرض الواقع الراهن فى محيط الشباب ومشكلاته ، ان وراءها مجموعة من الأسباب تخلص فيما يأتى :

– الفراغ الدينى الذى يحيط بالشباب ، وسوء فهم حقيقة الدين .

– عدم كفاية الأساليب التربوية ، لغرس القيم الدينية والاخلاقية فى نفوس الشباب .

– ضعف دور الآباء والمربين فى تربية وتوجيه الشباب ، وعدم قيامهم بواجباتهم الحقيقية فى هذا المجال ، فقد انصرفت غالبية الآباء الى العناية بالجوانب المادية لأسرهم وأولادهم ، وحصروا واجبهم فى هذه الجوانب ، أما النواحى التربوية والأخلاقية والروحية فقد اعتبروها من التكاليف الزائدة على واجباتهم الأصلية ، وكذلك اكتفى المربون بإملاء الدروس وتلقين المعلومات دون التحام حقيقى بالشباب ومعالجة فعلية لدخائلهم .

– ضعف التوجيه الذى يتلقاه الشباب من المصادر المحيطة بهم سواء من الأسرة أو المدرسة أو الشارع أو النادى ، أو من جانب وسائل الاعلام ، وافتقاد القدوة الرائدة فى كل هذه المواقع .

– عدم ملاءمة منهج وأسلوب التربية الدينية فى الأسرة ومعاهد التعليم ووسائل الاعلام لمواجهة ظروف وواقع الحياة الحديثة للشباب ، من حيث بعده عن لمس مشكلاته ، ومن حيث المواءمة بين المعلومات المقدمة وبين سن الشباب المتلقى .

– وجود مفارقة بين الوعى الأخلاقى والوعى الدينى لدى الشباب ، مع أن الدين لايفصل بين مبادئ الأخلاق ومبادئ الدين بل يربط ويوحد بينها .

– تغلغل آثار الأفكار الوافدة فى صورة ثقافات أو عادات ، دون القدرة على تمييز ما يصلح منها لمجتمعنا وما يتنافى معه ، وضآلة المعارف أو المعلومات التى تمكن الشباب من مواجهة هذه الأفكار والوقوف على حقيقتها وانحرافاتها وتبين موافقتها أو مخالفتها لمبادئ الدين .

– عدم مواكبة التثقيف العام بوسائله المختلفة لأحداث وتطورات الواقع الاجتماعى ، وعدم بيان رأى الدين وتوضيحه فى كثير من الأمور التى تبرز مع أحداث هذا الواقع وتصاحب تطوراته فى المجالات المختلفة .

– سوء فهم الحرية وممارستها ، وكذلك بالنسبة للحقوق والواجبات ، وعدم الربط بينها .

– تركيز كثير من مواد الاعلام على الإثارة ، وعدم توافقها مع قيم الدين ومبادئه .

القيم الدينية الاسلامية فى مواجهة مشكلات الشباب :

ومن أهم القيم الدينية التى ينبغى تنميتها ورعايتها فى تنشئة الشباب :

الايمان : وهو الخيط الأول الذى يسترشد به الانسان فى جميع شئون حياته . وهو أصل القيم كلها ، تتفرع عليه وتستقى منه .

الإخاء : ويقوم على عدم التفرقة بين بنى الانسان ، فكل الناس فى الخلق سواء ينتمون الى أسرة كبيرة تربطها صلة الأرحام .

العلم : وهو كل علم نافع للإنسان فى حياته – ولا يقتصر على العلوم الشرعية وحدها – حيث أعتبر الاسلام انه لا تناقض بين الدين والحقائق العلمية ، بل هما أمران متكاملان ، كما اعتبر طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة .

العمل : وقد رفع الاسلام من شأنه ، وربط بين منزلة الفرد وقيمة ما يعمله ، واعتبر العمل واجبا على كل فرد قادر ، وفضل من يتكسب من عمل يديه على من يقعد عن العمل ويعتمد على غيره ، وحث المسلم على الاجادة فى أى عمل يقوم به .

الأخلاق : وهى قواعد السلوك والمعاملات ، وهى أساس أصيل فى تقويم الحياة ، ومبادئها هدف انسانى لا تستقيم أمور الأفراد والجماعات الا باحترامها والعمل بها .

التربية الدينية : ويحث الاسلام على الاستمساك بمبادئ التربية الدينية ، التى توجب العناية بالنشء بدنيا وعقليا وروحيا ، وسلوكا وتعبدا ، ومن ذلك : ضرورة تعريف الناشىء معالجة أمور حياته الذاتية وحياته الاجتماعية ، وتعويده فى ذلك على أفضل الأساليب وأكثرها تهذيبا وأدبا وعفة . فمبادئ التربية الدينية تمس جميع شئون الفرد المتصلة بنفسه وبجسده وبسلوكه وعاداته ومعاملاته وواجباته نحو : ربه ومجتمعه ووطنه ، وتكسبه الفضائل كالتواضع والوفاء والحياء .

المسئولية : حمل الاسلام كل فرد المسئولية الناجمة عن عمله ومعتقده ، وهذه المسئولية متنوعة تشمل : كل علاقات الفرد مع ربه ومع نفسه ومع غيره ، ومن هنا كانت مسئولية الشباب عن نفسه على هدى ما تعلمه وما فعله . والمسئولية الجماعية عن الشباب تشترك فيها : الأسرة ، باعتبارها المنشأ والمأوى ، والدولة باعتبارها القوامة على وسائل الانتاج وتقديم الخدمات العامة ، ثم المجتمع كله باعتباره الرأى العام .

التوصيات

وعلى ضوء ما سبق وما دار فى المجلس من مناقشات ، وما عرض من آراء واقتراحات يوصى بما يأتى :

فى مجال الحياة العامة :

* وضع برنامج زمنى ملزم بضم المساجد الأهلية لوزارة الأوقاف ، لضمان حسن سير الدعوة بها . ويستدعى ذلك ضرورة توجيه جهود الوزارة والجانب الأكبر من موازنتها لتحقيق هذا الغرض فى مدى زمنى محدد .

* التوسع فى نشر الفكر الاسلامى الصحيح والدراسات الخاصة بالقيم الدينية الاسلامية .

* ينبغى قبل اشهار الجمعيات الاسلامية عرض أوراقها على لجنة تمثل فيها الجهات المعنية ومن بينها : وزارة الأوقاف والازهر ، لبحث اغراض هذه الجمعيات ومواردها وأسلوب عملها .

* إعداد الكتاب الاسلامى وعرضه بالسعر الملائم ، وتوسيع قاعدة انتشاره على مستوى كل الأعمار .

* إعداد دراسات موضوعية عن الأخطاء الشائعة فى المجتمع ، والتى تباعد بين الشباب وبين الالتزام بآداب الاسلام وتعاليمه ، ودراسة هذه الاخطاء وبيان حكمها ووسائل الوقاية منها وعلاجها فى الاسلام .

* القيام بدراسات ميدانية عن اتجاه الفكر الدينى بين الشباب ، تمهيدا لتحديد الأساليب الارشادية وربطا للشباب بجوهر الدين .

* تقديم الثقافة الجادة للشباب ، عن طريق التعريف بالمعالم الثقافية الاسلامية الهامة ، وترسيخ وتنمية مواهب الابتكار ومناقشة القضايا الاسلامية مناقشة موضوعية للوصول الى الآراء المستقيمة فيما يعرض من مشكلات الشباب .

* إعادة النظر فى رسالة المسجد وإعداد إمامه ، فالمسجد مصدر اشعاع يؤدى دور المربى للكبار والصغار والمثقفين وغيرهم ، بدءا من أصول العقيدة وانتهاء برفع المستوى الثقافى ، والعمل على وجود مسجد فى كل تجمع .

فى مجال التربية الدينية :

* أن يكون الدين مادة أساسية فى برامج التعليم من بداية مراحله حتى نهاية المرحلة الثانوية . أما فى الجامعات والمعاهد العليا فينبغى إعداد مقررات تتضمن جوانب من الفكر الاسلامى والعلوم والثقافة والحضارة الاسلامية .

* الاهتمام بتحفيظ القرآن وتفسيره .

* العناية بتجميع ودراسة أساليب التربية فى الاسلام ، على أساس من القرآن والسنة وآثار العلماء والسلف الصالح ، ودراسة الوسائل التى

تتبع فى غرس وتنمية الوعى الدينى عند الشباب ، بل وفى مرحلة الطفولة .

* ابراز خصائص المجتمع الاسلامى ومميزاته – فى برامج التعليم المختلفة – اذ أن التربية لا تفارق نظام المجتمع ولا تنفصل عن عقيدتـــه .

* إعداد مصلى فى كل مدرسة أو معهد تعليمى ، والاهتمام بالندوات والحـــوار حـــول المسائـــل الدينيـــة ، وتوفيـــر القـــدوة الحسنـــة للتلاميذ .

فى مجال الاعلام :

* ترشيد النمط الاعلامى الموجه للشباب ولمرحلتى المراهقة والطفولة بما يساير اسلوب القرآن والسنة فى الايضاح والاقناع ، وبمراعاة القدرة على الادراك ، والعمل على اقتباس الآداب والتوجيهات الاسلامية فى كل النواحى السلوكية والاخلاقية .

* تقديم البرامج الدينية فى الوقت المناسب للأسرة ، مع مراعاة أهمية دور الأم فى تربية النشء وضرورة تزويدها بثقافة دينية مناسبة تستطيع ان تنقلها بدورها الى الأبناء .

* التزام الصحف وغيرها من وسائل الاعلام بالقيم الدينية فيما تقدم من موضوعات عامة ، وان يراعى فيما تقدمه من مادة اعلامية معالجـــة المشاكـــل المعاصـــرة وايجـــاد الحلـــول لهـــا لربـــط الحيـــاة بالدين .

* دعم الكتاب الاسلامى وكتب التراث الدينى وتوسيع قاعدة انتشارها ، والعمل على اخراج مكتبة دينية ملائمة لمراحل السن المختلفة وتنوع البيئات ، مع العناية بمراحل الطفولة والشباب .

فى مجال الدعوة الدينية وإعداد الائمة والدعاة :

* ترشيد الخطب والدروس الدينية من حيث الموضوع والمستوى وربطها بمشاكل المجتمع ومشاكل الشباب بوجه خاص ، ومحاولة ايجاد حلول واقعية لها .

* تزويد المساجد بمكتبات تتضمن الكتب الاسلامية وكتب التراث ، والكتب الثقافية والعلمية .

* تعميم القوافل الدينية فى جميع المحافظات على مستوى الاحياء والقرى وتنظيمها على أن يشترك فيها الائمة والوعاظ .

* التنسيق بين ادارة الوعظ بالازهر وادارة الدعوة بوزارة الاوقاف حول : موضوعات الدعوة ، والجهات التى يوجه اليها الدعاة والوعاظ ، والموضوعات التى تعالج مشاكل المجتمع .

* تكثيف برامج تدريب الائمة والدعاة ، مع تشكيل لجنة لتخطيط التوعية الدينية على مستوى المحافظات ، وخاصة بالنسبة للمساجد الاهلية وخطبائها ، الى أن يتم ضمها الى وزارة الاوقاف .

* النظر فى توحيد أجهزة الدعوة دعما لقدراتها وتوحيدا للاهداف المحددة التى تسعى اليها مع تجميع مواردها المالية بما يساعد على اداء مهامها بكفاءة وفاعلية .

* الانتفاع بعلماء الأزهر ومدرسى اللغة العربية والدين فى تغطية المواقع التى تقع خارج نطاق عمل الائمة والوعاظ ، مع تكليف اساتذة المعاهد الدينية بالمساهمة فى نشر الوعى الدينى بين الافراد والجماعات فى مواقع عملهم ، وفى الاماكن المحيطة بها ، وتقرير المكافاة المجزية عن هذا العمل .

* تقرير الحوافز المادية لرجال الدعوة بما يجعلهم يعيشون حياة كريمـــة ، والعمـــل علـــى المحافظـــة علـــى مكانتهـــم الأدبيـــة لجلال علمهم .

* استمرار الدعاة فى عملهم بعد بلوغ السن القانونية للانتفاع بالكفايات البارزة فى مجال الدعوة .

* وضع تنظيم واضح بالنسبة لاصدار ونشر الفتاوى فى الموضوعات والمشكلات العامة التى تمس صالح المجتمع ككل .

التربية الرياضية ووسائل النهوض بها

التربية الرياضية جزء من التربية العامة التى تستهدف التنمية البشرية المتكاملة للفرد لتنمية قدراته وهى – مثل التعليم – حق لكل مواطن ، ومن ثم فان تدبير امكانات مزاولتها فى مختلف المراحل السنية لقطاعات السكان ، يعتبر مهمة من مهام الدولة ، سواء قبل الدراسة أو فى مرحلة التعليم الأساسى ، أو فى المعاهد المتوسطة ، أو فى مرحلة الجامعات والمعاهد العليا ، أو ما بعد ذلك للكبار والمسنين .

وقد صاحب الانسان الرياضة البدنية وأنشطتها منذ وجد ، وسجلت آثار أقدم مدنية للانسان ، عند قدماء المصريين ، تاريخا دقيقا وثائقيا للنشاط الرياضى .

أما فى عصرنا الحديث فقد تطورت الرياضة وتكونت التنظيمات الرياضية الأهلية والقارية والاقليمية والدولية ، وتعددت أنواع الألعاب ، وزادت المسابقات ، كما زادت أعداد المقبلين على مزاولتها ، واجتذبت أعدادا غفيرة لمشاهدتها وتذوقها ، وخصصت الاعتمادات المالية لتدبير وسائل مزاولتها ومشاهدتها .

ولقد عنيت وسائل الاعلام المختلفة بالرياضة وخصصت لها الصفحات المطولة فى الصحف وفى البرامج الاذاعية والتليفزيون ، غير أن هذا التطور صاحبه انحراف عن الأهداف والمبادئ الرياضية يتمثل فى استغلال النشاط الرياضى سياسيا واقتصاديا ، وفى التعصب للجنس أو اللون أو المعتقدات السياسية أو الدينية ، وفى تحول النشاط الرياضى الى هدف الفوز بأية وسيلة مما جرف الرياضة نحو العنف وعدم احترام القوانين الرياضية أو الحكام أو الاداريين وانسياق المتفوقين رياضيا الى الغرور والاحتراف والابتزاز .

الحركة الرياضية فى مصر : نشطت الحركة الرياضية فى مصر منذ بدايات القرن العشرين ، فتكونت فيها سنة ١٩١٠ لجنة أوليمبية أهلية ورفع علمها الأوليمبى لأول مرة فى ٢٣ يونيو ١٩١٤ فى العيد العشرين لتكوين اللجنة الأوليمبية الدولية ، وذلك قبل رفع العلم الأوليمبى رسميا فى الدورات الأوليمبية بست سنوات ، كما كانت مصر سباقة الى الاشتراك الفعلى والفوز فى مسابقات الالعاب الأوليمبية مما جعلها تحظى بتقدير اللجنة الأوليمبية الدولية ، فعقدت أحد اجتماعاتها السنوية فى مصر عام ١٩٣٨ ، كما قامت مصر بتنظيم الدورة الأولى لألعاب البحر الأبيض المتوسط عام ١٩٥١ ، والدورة الرياضية العربية الأولى عام ١٩٥٣ باستاد الاسكندرية .

التربية الرياضية فى المراحل التعليمية : وقد اتبعت مصر فى السنوات الثلاثين الماضية سياسة التوسع فى التعليم التى كان لها آثار جانبية منها :

- الغاء اليوم المدرسى الكامل .
- الغاء التغذية بالمدارس .
- عدم وجود الوقت الكافى لمزاولة النشاط الرياضى .
- التوسع فى أبنية الفصول على حساب الأفنية والملاعب الرياضية فى المدارس ، وتوجيه اعتمادات المبانى الحديثة الى المدارس والفصول دون الملاعب .
- تعيين الخريجين من كليات ومعاهد التربية الرياضية فى الأجهزة المتعددة لرعاية الشباب دون المدارس ، واتجاه النسبة الكبيرة منهم إلى العمل فى الخارج ، أو بعيدا عن تخصصاتهم الرياضية .

وقد أدى كل ذلك الى الغاء الكثير من الأنشطة الشبابية وأهمها النشاط الرياضى .

أسباب انخفاض المستوى الرياضى :

وبسبب عوامل كثيرة ارتبطت بالظروف التى مرت بها البلاد لم تتح الفرص الكافية للمبادرة الى معالجة هذه الآثار الجانبية الأمر الذى أدى

الى الأوضاع الآتية :

– انخفاض المستوى الصحى ، لسوء مستوى التغذية وعدم العناية الكافية بالتربية البدنية والألعاب الرياضية ، فضلا عن انتشار الأمراض المتوطنة .

– زيادة وقت الفراغ لدى الشباب ، لالغاء نظام اليوم الدراسى الكامل ، مما أدى الى العديد من مظاهر الانحرافات بينهم .

– تحويل الملاعب الى فصول دراسية وقاعات للمحاضرات ، وعدم العناية« بالاستادات »والنقص الشديد فى أدوات الرياضة ومستلزماتها .

– وينطبق هذا ايضا على مراحل التعليم العالى والجامعى حيث انعدم النشاط الرياضى للطلاب ، واختفت المسابقات المختلفة بين وحدات كل كلية ، أو بين الكليات فى الجامعة ، أو بين الجامعات المختلفة ، كما ان اشتراك مصر فى دورة الجامعات العالمية لا يمثل تاريخ مصر المشهود فى ميدان الرياضة الدولية .

الاتحادات الرياضية :

تسير الحركة الرياضية الدولية وفق النظام المعترف به منذ انشاء اللجنة الأوليمبية الدولية فى عام ١٨٩٤ ، ووفقا لهذا النظام العالمى تعتبر الاتحادات الرياضية هى المسئولة عن نوع النشاط الرياضى كل فى اختصاصه .

فكل اتحاد رياضى فى مصر هو المسئول عن الاشراف على لعبته وهو ممثل الاتحاد الدولى للعبة داخل الوطن ، وهو صاحب الحق فى تمثيل مصر فى الاجتماعات الدولية للاتحاد الدولى ، واختيار ممثلى مصر فى البطولات العالمية للعبة ، واللجنة الأوليمبية المصرية هى المسئولة عن كل ما يتصل بالنشاط الأوليمبى ، داخل الوطن ، وهى المسئولة عن مراعاة القوانين والقواعد الاوليمبية فى مصر .

الأوضاع الراهنة :

انخفض المستوى الرياضى فى معظم الألعاب الرياضية فى مصر نتيجه للأسباب المتقدمة بالنسبة للرياضة فى المراحل التعليمية بالاضافة لما يأتى :

– عدم استقرار التنظيمات الحكومية المتصلة بالنشاط الرياضى .

– كثرة تغيير وتعديل التشريعات الرياضية مما يصعب معه ملاحقتها حتى أن بعضها يصدر لمعاملة حالة خاصة مما يعيب التشريع .

– التضارب بين الأجهزة الحكومية المشرفة على النشاط الرياضى والأجهزة الرياضية الشعبية .

– ضعف الاتصال الدولى فى مجال المسابقات والدراسات الخاصة بالمدربين والحكام ، وعدم المحافظة على القواعد والنظم الأوليمبية الدولية وخاصة فى مجال الهواية .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة وما دار بالمجلس من مناقشات وآراء يوصى بالآتى :

* ضرورة العمل على استقرار التشريعات الرياضية وعلى أن تكون متسقة مع القواعد والمبادئ الدولية ، وأن تضمن استقلال التنظيمات الرياضية الشعبية .

* اعادة النظر فى أوضاع التشكيلات والاتحادات واللجان الرياضية بهدف دعمها وتطويرها ، حتى تتمكن من تحمل مسئولياتها فى الحفاظ على مستوى الرياضة عامة ، ومستوى مصر الدولى ومكانتها فى التنظيمات الرياضية العالمية والاقليمية خاصة .

* أن تقوم اجهزة الحكم المحلى – وخاصة فى الريف – بتنظيم النشاط الرياضى وانشاء الأندية والملاعب وتزويدها بالأدوات والمدربين .

* اعطاء أولوية لوضع برنامج زمنى محدد ، لانشاء سلسلة من حمامات السباحة فى المدن والريف ، بحيث تغطى جميع الاحياء فى المدن الكبرى وعواصم الاقاليم . مع التوسع فى انشاء الاندية والملاعب وتجهيزها ، على مستوى الدولة ، فى المدارس والجامعات .

* العناية بالمنشآت الرياضية والملاعب فى المدارس والجامعات وعدم طغيان التوسع فى الفصول عليها .

* الاهتمام بإعداد المدربين ومدرسى التربية الرياضية .

* اعتبار التربية الرياضية مادة أساسية فى المناهج الدراسية فى المدارس والجامعات والعناية بالفرق الرياضية المدرسية .

* العناية بالتغذية والمستوى الصحى للتلاميذ ، ونشر الوعى الصحى والغذائى بينهم .

* اعتبار معسكرات العمل وسيلة فعالة لمساهمة الشباب فى البناء والتعمير وتعميق مفهوم المشاركة فى البناء والانتماء الى المجتمع .

* التوسع فى انشاء بيوت الشباب فى المناطق الأثرية والتاريخية والترويحية لاستثمارها فى تعريف الشباب بتاريخ وطنه ومعالمه بأقل التكاليف .

* العناية بحركة الكشف كوسيلة تربوية فى تحمل أعباء الحياة والتعاون مع الغير والبذل والعطاء والايثار .

* العودة الى نظام المدرسة الرياضية وكفالة ضمانات نجاحه .

* تشجيع اقامة أندية أهلية جديدة ، نظرا لأن عدد الأندية القائمة لم يعد يكفى لخدمة السكان الذين تزايد عددهم بنسبة كبيرة خلال الفترة السابقة ، دون أن تنشأ أندية جديدة لخدمتهم . ويتم تشجيع اقامة هذه الأندية من خلال تيسيرات وتسهيلات تشريعية ، من بينها منحها الأراضى اللازمة بأسعار رمزية ، وغير ذلك .

* ضرورة تقييم دور الأندية الأهلية الحالية بعد أن طغت عليها الأنشطة الاجتماعية المختلفة وتسربت اليها النزاعات والخلافات ، مما أبعدها عن دورها الأساسى فى التربية الرياضية .

المدارس الرياضية

تهتم معظم الدول بالتربية الرياضية فى مدارسها لثقتها بالفائدة التى تعود على التلاميذ والطلاب من ممارستها ، ومن مظاهر هذا الاهتمام فى كثير منها : التوسع فى انشاء مدارس للرياضة يراعى فيها ان تجهز تجهيزا كاملا بالامكانات الرياضية وأن يتبع فيها نظام الدراسة الداخلية ، حتى يمكن ان تتوفر لطلابها الرعاية الكاملة ، ويكون الاشراف عليهم كاملا من كافة النواحى الصحية والاجتماعية والعلمية والروحية .

ويختار طلاب هذه المدارس بمعرفة لجنة تضع مقاييس لاختبارات تبين مدى الاستعداد الجسمانى للتفوق الرياضى ، ويدرسون البرنامج الثقافى والعلمى العام الذى يدرس بالمدارس الاخرى ، مع زيادة حصص التربية الرياضية الى ست حصص اسبوعيا هذا بجانب فترة النشاط بعد الظهر .

ويراعى فى اختيار المدرسين والمدربين الذين يعينون لهذه المدارس ، أن يكونوا من ذوى الكفاءة الفنية والعلمية .

الغرض من انشاء هذا النوع من المدارس :

وتتعدد الأغراض من إنشاء هذا النوع من المدارس ، وأهم هذه الأغراض ما يأتى :

– رعاية الممتازين والموهوبين من الطلبة الرياضيين بالمدارس ، واتاحة الفرصة امامهم كاملة للوصول الى اعلى مراتب البطولة .

– ايجاد مورد دائم لمد الفرق الرياضية القومية – التى تمثل الدولة فى المجالات الرياضية العالمية – بالعناصر الممتازة من اللاعبين .

– إعداد فئة من الطلبة تناسب احتياجات كليات التربية الرياضية والكليات العسكرية ، بالاضافة الى رفع مستوى الرياضة بالكليات المختلفة بالجامعات التى يلتحق بها خريجو هذه المدارس .

تطوير مشروع المدرسة الرياضية فى مصر :

انشئت فى مصر مدرسة ثانوية رياضية عام ١٩٦٨ ، ومع نجاح المدرسة فى تخريج كثير من ابطال الرياضة ، الا انها الغيت بعد فترة محدودة ، فى أعقاب تجاوز شروط القبول بها ، حيث استثنى عدد كبير من المقبولين بها من شرط المجموع ، ولم يوفق معظمهم فى الناحية العلمية .

والمقترح الآن : اعادة انشاء المدرسة الرياضية مع تطويرها على النحو الآتى :

– ان يلحق بالمدرسة التلاميذ من بداية المرحلة الاعدادية ، ويتدرجون

بالسنوات التالية حتى نهاية المرحلة الثانوية ، وبذلك تكون الدراسة بالمدرسة ٦ سنوات دراسية .

– يشتمل المنهج على الرياضيات الاساسية والالعاب الجماعية ، وفقا لاسبقية اللعبات كما يلى : العاب القوى ، الجمباز ، السباحة ، كرة السلة ، الكرة الطائرة ، كرة اليد ، وما يمكن ان يضاف من الالعاب الاخرى الى المنهج .

– يبدأ التنفيذ فى هذه المدارس بمائتى طالب ، يوزعون على الالعاب المختلفة فى السنة الأولى من المدرسة – وتقابل السنة الأولى الاعدادية – على أن يقبل ٢٠٠ طالب جدد كل عام ، حتى تستكمل المدرسة ، وتكون قوتها الدائمة ١٢٠٠ طالب .

الأماكن المقترحة لانشاء هذه المدارس :

– بالنسبة لمدرسة محافظة القاهرة يقترح نفس المكان الذى بنى خصيصا للمدرسة الثانوية الرياضية قبل الغائها .

– بالنسبة للمحافظات يقترح استغلال استادات المحافظات وهى أنسب الأمكنة لانشاء مدارس رياضية واستغلال كل امكاناتها من ملاعب ومبان ، ويمكن اقامة مبنى جديد ملحق بكل استاد وضمن مساحة أرضــه .

اختيار الطلبة :

يراعى عند اختيار الطلبة لهذه المدارس ما يأتى :

– أن يكون مجموع الطالب عند الالتحاق بالمدرسة مؤهلا لقبوله بالمدارس الاعدادية الحكومية ، مع عدم السماح بالاستثناءات .

– الامتياز الرياضى ، أو استعداد فى القدرات الرياضية ، بجانب الامتياز العلمى .

– اجتياز مجموعة من الاختبارات الخاصة التى توضع بمعرفة الاخصائيين .

– اجتياز فحص طبى خاص .

– ان يتصف الطالب بالخلق الرياضى القويم .

– اذا زاد عدد الرياضيين الناجحين فى الاختبارات عن العدد المطلوب ، يفضل المتقدمين علميا (طبقا للدرجات الحاصل عليها الطالب فى المرحلة الابتدائية) .

نظام الدراسة :

– وضع نظام دقيق لتقييم مستويات الطلبة وجهودهم ، واذا تبين استحالة تقدم المستوى الفنى لاحد الطلبة يحول الى مدارس التعليم العام فى نفس الصف الذى وصل اليه .

– لا يصرح لطلبة المدرسة بالاشتراك فى التدريب أو المباريات الرياضية مع احد فرق الاندية أو الهيئات الرياضية الاخرى ، الا بإذن كتابى خاص من ادارة المدرسة .

– فى حالة عدم استمرار الطالب فى الدراسة بالمدرسة لسبب لايقره مجلس ادارتها يكون ملزما برد النفقات الاضافية التى تحملتها المدرسة زيادة عن تكاليف التعليم العام ، ووفقا لما تحدده المدرسة .

– ملابس التدريب الرياضى تصرف للطلبة بالمجان .

– الدراسة بهذه المدارس داخلية وبالمجان ويسمح للطالب بالخروج عقب دروس كل يوم خميس لقضاء عطلة نهاية الاسبوع وكذلك فى الأعياد والعطلات الرسمية .

الامتيازات :

توضع بعض الامتيازات التى يمكن ان يستفيد منها الطالب تشجيعا له ولأولياء الامور للاقبال على هذه المدارس ، مثل : أولوية التقدم للالتحاق بكليات التربية الرياضية او الكليات العسكرية ، وتوفير وسيلة مواصلات دائمة للمدرسة لتنقلات الطلبة .

الناحية المالية :

تتحمل وزارة التربية والتعليم نفقات الدراسة فيما يخص التعليم : ناظر المدرسة والمدرسين والاداريين والعمال والكتب ، ويتحمل المجلس الأعلى للشباب والرياضة نفقات النواحى الاخرى : من اقامة وتغذية ، وملابس وادوات رياضية ، ورحلات ورعاية صحية ، وإعداد الملاعب

وصيانتها ، وتنفيذ البرامج الرياضية والبعثات الرياضية .

التقييم والمتابعة :

يتولى المجلس الاعلى للشباب والرياضة عملية تقييم ومتابعة هذه المدارس من الناحية الرياضية ، ووضع نظام دقيق لها ، حتى لا تحدث أى ثغرات تؤثر فى نتائج الدراسة العلمية والرياضية .

نموذج
الموازنات المطلوبة لمدرسة فى السنة الاولى

مدرسة محافظة القاهرة : ومبناها موجود حتى الآن وقد شغلته المدرسة الرياضية الثانوية حتى عام ١٩٨٠ ، وهو مزود بكل التجهيزات ، ويملكه المجلس الاعلى للشباب والرياضة . ويمكن اعادة استخدامه للدراسة ، مع استغلاله صيفا فى احتياجات المجلس الاعلى للشباب والرياضة ، مثل دراسات إعداد القادة ، وغير ذلك .

مدارس المحافظات :

يمكن استخدام استادات المحافظات وامكاناتها الحالية ، وكثيرا منها بها بيوت شباب .

كما يمكن اقامة مبنى فى الأرض غير المشغولة بملاعب فى الاستاد ويتكلف هذا المبنى ليكفى الاقامة الداخلية والمطاعم وفصول الدراسة حوالى ٢٠٠,٠٠٠ جنيه .

تكلفة الوحدة (الطالب) فى أول عام :

عدد		جنيه		جنيه	طالب		جنيه
١ سرير	×	٢٠	=	٢٠	× ٢٠٠	=	٤٠٠٠
١ مرتبة	×	١٥	=	١٥	× ٢٠٠	=	٣٠٠٠
٢ بطانية	×	١٠	=	٢٠	× ٢٠٠	=	٤٠٠٠
٤ ملاية	×	٣	=	١٢	× ٢٠٠	=	٢٤٠٠
٤ كيس مخده	×	١	=	٤	× ٢٠٠	=	٨٠٠
٢ مخدة	×	٣	=	٦	× ٢٠٠	=	١٢٠٠
١ دولاب	×	٣٠	=	٣٠	× ٢٠٠	=	٦٠٠٠
١ مكتب	×	٣٠	=	٣٠	× ٢٠٠	=	٦٠٠٠
سجاد وأكلمة لحجرات النوم للجميع						=	٤٠٠٠
المجموع						=	٣١٤٠٠

تجهيزات المطابخ والمطاعم :

			جنيه
مناضد ٥٠	× ٢٠	=	١,٠٠٠
كراسى ٣٠٠	× ١٠	=	١,٠٠٠
أدوات سرفيس ٣٠٠	× ١٠	=	٣,٠٠٠
أدوات مطبخ (أفران وثلاجات وحلل .. الخ)			٣٠,٠٠٠
			٣٧,٠٠٠

التغذية

تكاليف الطالب فى اليوم ١ جنيه × ٣٠ يوم × ١٠ شهور × ٢٥٠ طالب وأستاذ = ٧٥,٠٠٠ جنيه

علاج طبى ورعاية صحية :

متوسط الفرد فى العام ٢٠ جنيه × ٢٠٠ طالب = ٤٠٠٠ جنيه

الملاعب :

انشاءات لبعض ملاعب كرة السلة والكرة الطائرة وكرة اليد بالاضافة الى الموجودة فى الاستادات = ٢٠,٠٠٠ الموجودة فى الاستادات .

صيانة الملاعب	=	٥٠٠٠
أدوات رياضية لجميع اللعبات	=	٣٠,٠٠٠

الملابس الرياضية :

تكلفة الوحدة (الطالب) ١٠٠ جنيه × ٢٠٠ طالب = ٢٠,٠٠٠

المواصلات :

عـــدد			
٢ اتوبيس	٢ × ٤٠,٠٠٠	=	٨٠,٠٠٠
٢ ميكروباس	٢ × ١٠,٠٠٠	=	٢٠,٠٠٠

الرحلات والمعسكرات التدريبية والترويحية :

تكلفة الوحدة (الطالب) ٥٠ جنيه × ٢٠٠ طالب = ١٠,٠٠٠

تجهيزات الدراسة :

تساهم وزارة التربية والتعليم بالتجهيزات اللازمة للدراسة (مقاعد للطلبة - السبورات - الكراسات - الكتب - الأجهزة العلمية - ناظر المدرسة والأساتذة المتخصصون والاداريون اللازمون) .

سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية

أهمية الرياضة والتربية الرياضية :

ترجع أهمية الرياضة والتربية الرياضية وأولويتهما فى برامج تنشئة الشباب ، الى ما تتميزان به من قيم مستهدفة فى التربية ، وفى التنمية البشرية والاجتماعية ، والتى بدونها يتعذر النجاح فى مجالات : التنمية الاقتصادية ، والرخاء ، والتقدم الذى تتطلع اليه المجتمعات ، على اختلاف مستوياتها .

وتتأكد هذه الأهمية ، على المستوى العالمى ، من خلال كثير من المواقف والاجراءات ويأتى فى مقدمتها ما يأتى :

– قرار المؤتمر العام لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة ، بانشاء لجنة قومية دائمة للتربية الرياضية والرياضة .

– اعلان ميثاق دولى للتربية الرياضية ، فى دورتها العشرين عام ١٩٧٨ ، يؤكد على الآتى :

• ان ممارسة كل فرد لحقوقه ، يتوقف الى حد كبير على ما يحتاج اليه من امكانات لصون قدراته البدنية والذهنية والمعنوية .

• انه ينبغى كفالة انتفاع كل انسان بالرياضة والتربية الرياضية . ودعم دورها التربوى تعزيزا للقيمة الانسانية الأساسية ، والتى هى منطلق التنمية الكاملة للشعوب .

• ان التربية الرياضية والرياضة ، يشكلان عنصرا أساسيا من عناصر التربية المستديمة ، فى اطار النظام التعليمى الشامل .

أما على المستوى المحلى : فتجمع الاتجاهات والدراسات فى مختلف أجهزة الدولة ومؤسساتها الدستورية ، فى خلال ربع القرن الأخير ، على أهمية الرياضة والتربية الرياضية . ويؤكد ذلك ما جاء فى دراسات وتوصيات مجلسى الشعب والشورى .

– فقد أكد تقرير لجنة الشباب ، بمجلس الشعب ، فى يناير ١٩٧٧ ، وكذلك التقرير المشترك للجان التعليمية ، والشئون الاجتماعية ، والثقافة والإعلام فى استعراضهما للمشكلة التعليمية فى السنوات العشر السابقة – على ما يأتى :

× التركيز على أهمية التربية الرياضية والبدنية والروحية والوطنية ، فى المدارس والجامعات والمعاهد العليا . مع ادخال المبادئ الخلقية – وهى لب الدين – عن طريق التربية الرياضية .

× ان المدرسة ، فى مختلف المراحل ، هى المكان الرئيسى لممارسة الأنشطة الرياضية للشباب وهى المقوم الأساسى للنهوض بالرياضة .

– كما أكد مجلس الشورى – فى تقرير عن بناء الإنسان – على دور الرياضة البدنية باعتبارها من أهم الوسائل لتنمية الشخصية ، سواء كانت فردية أو جماعية .

سياسة رعاية الشباب والرياضة :

وقد كانت الدعوة للنهوض بالشباب وبالرياضة ، من السمات الاولى لتقارير المجالس القومية ، اذ تضمن اول تقرير اصدرته عام ١٩٧٤ – وهو تقرير الدورة الاولى للمجلس القومى للتعليم – عدة مبادئ اساسية من بينها :

• ان الانسان هو العنصر الأول فى بناء الحضارة ، من ثم ينبغى البدء به .

• ان تنمية شخصية الطلاب على أسس تربوية سليمة ، تأتى عن

طريق : توفير أسباب الرعاية الصحية والاجتماعية ، والتوسع فى الأنشطة الرياضية .

اما المجلس القومى للخدمات فقد أنجز ، فى هذا الاتجاه ، مجموعة من الدراسات والتقارير ، منها :

• الاطار العام للاستراتيجية القومية للشباب . وقد تضمن هذا التقرير : التعريف بالشباب المصرى ، والظواهر السلبية والمشكلات التى تواجهه وأسبابها المتعددة ، وتحديد الأهداف الاستراتيجية لمجالات الخدمة ، وأوجه النشاط ومقوماته المختلفة ، وكيفية العمل على تنفيذ أهداف الاستراتيجية من خلال مشروعات محددة ، مرتبطة ببرنامج زمنى للتنفيذ .

• التربية الرياضية . وقد تضمن هذا التقرير : الرياضة فى العالم وتطورها ، وتاريخ مصر فى الرياضة البدنية وما حققته على المستوى الاولمبى ، وما ترتب على التوسع فى التعليم من قيام الخدمات التعليمية على حساب الأنشطة الرياضية والتربية . كما أوضح ظاهرة انخفاض المستوى الرياضى ، نتيجة لانخفاض المستوى العام الصحى والثقافى والاجتماعى ، ولعدم توفير الامكانات ، وقلة الاحتكاك الدولى ، وعدم الاستقرار فى التنظيمات والأجهزة المعنية ، نتيجة عدم استقرار التشريعات الحاكمة للرياضة .

وقد تضمن كل تقرير من هذين التقريرين التوصيات الكفيلة بتنفيذ مقترحاته ، سواء على المدى البعيد أو القريب .

الاوضاع الراهنة للتربية الرياضية

وتعتبر هذه الدراسة استكمالا لما سبقها من دراسات وتقارير المجلس فى اطار سياسات رعاية الشباب ، وخاصة بالنسبة للرياضة والتربية الرياضية ، سواء من ناحية التعليم والرياضة ، أو من ناحية الأسلوب المقترح للنهوض بها .

التعليم والرياضة

نص الدستور على أن التعليم حق تكفله الدولة ، وهو الزامى فى المراحل الابتدائية ، وتعمل الدولة على مد الإلزام الى مراحل أخرى . وأن التعليم فى مؤسسات الدولة التعليمية مجانى فى مراحله المختلفة .

وكان من نتيجة ذلك ، أن مراحل التعليم المختلفة تضم حوالى خمس تعداد الشعب المصرى ، حيث يبلغ عدد الطلاب تسعة ملايين ، من مجموع السكان البالغ قدره خمسة وأربعين مليونا ، أى بنسبة ٢٠ ٪ .

وتبعا لما جاء فى الدستور من أن الدولة ترعى النشء والشباب وتوفر لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم - تعتبر التربية الرياضية منهجا من مناهج التعليم فى مختلف مراحله .

وبرغم اعتبار التربية الرياضية مادة أساسية بالخطة الدراسية ، الا أن منهجها لايتيسر تحقيقه ، بالنسبة لهذه الأعداد الكبيرة ، بجميع مراحل التعليم .

واقع الحال :

ويخلص واقع الحال ، وما تخضع له التربية الرياضية بالمدارس المصرية - من حيث : وضعها فى برامج تحديث التعليم ، والتنظيم ، ومستويات التنفيذ ، والامكانات ، وأثر الناتج على المستوى الرياضى بالجامعات - فى النقاط الموجزة الآتية :

(١) التربية الرياضية فى برامج تحديث التعليم :

أخذت مصر بنظام التعليم الأساسى ، حيث جاء قانون التعليم الجديد عام ١٩٨١ ، بمد فترة الالزام الى تسع سنوات ، تشمل المرحلتين الابتدائية والاعدادية على أن يطبق فيهما نظام التعليم الأساسى .

وقد اهتم هذا التعليم بدعم الثقافة المهنية والمعلومات العملية ، ويؤكد ذلك ، اتجاه المقررات الجديدة الى مجالات : الاقتصاد المنزلى ، والتربية الزراعية ، والتربية الفنية ، والعمل التجارى وغيرها ، لاكساب التلميذ المهارات والخبرات ذات الصلة بالحياة اليومية .

وبرغم ما توليه الدولة من أولوية لهذا التعليم ، وما تدبر له من امكانات ومستلزمات تعليمية ، فلم تتعرض مناهجه لمجال « التربية الرياضية » ولا لكيان التلميذ نفسه ، وهو العنصر الرئيسى - بتكوينه الخلقى والنفسى

والصحي والاجتماعي – في نجاح كل ما سبق أو فشله .

(٢) الادارة والتنظيم : ويخلص واقعها فيما يأتي :

– ان دروس التربية الرياضية لها الصفة الاجبارية دون التزام بالتنفيذ .

– ان المناهج قائمة على نشاط مختار ومتدرج بما يتناسب مع خصائص تلاميذ المرحلة .

– ان البرنامج يتضمن نشاط تعليم مبادئ التربية الرياضية للمراحل الدراسية ، ونشاط تطبيق هذه المبادئ خارج الدرس ونشاط تنافس الفرق والمنتخبات خارج المدرسة .

– يباشر التعليم الرياضي مدرس مؤهل من خريجي كليات التربية الرياضية ، أو معاهدها المتوسطة السابقة أو شعب التربية الرياضية بدور المعلمين والمعلمات ، واحيانا (بالمدرسة الابتدائية) مـــدرس الفصل .

– يخطط المناهج التربية الرياضية وبرامجها مركزيا على مستوى الوزارة .

– يخضع تنفيذ المناهج لتوجيه واشراف موجهي المادة بكل مرحلة تعليمية . بينما يخضع تنفيذ برامج النشاط التطبيقي والتنافسي للادارة العامة للتربية الرياضية بالوزارة وعلى مستوى المحافظة ، وتباشر الادارات المختصة بالتربية الرياضية بالمناطق التعليمية الاشراف والتوجيه لتنفيذ المناهج داخل الدرس ، وبرامج النشاط الرياضي خارج الدرس وخارج المدرسة في دائرة المحافظة .

– ان المصدر الرئيسي للانفاق على النشاط الرياضي بالدرس وخارجه هو : الرسوم المقررة المحصلة من التلاميذ القادرين ، والتي تؤول الى صندوق التمويل الاهلي للشباب والرياضة .

– ويضيف المجلس الاعلى للشباب والرياضة برنامجا للطلاب في مراحل السن من ٦ الى ١٨ ، ويموله باعتمادات اضافية من مخصصات قطاع الطلائع بموازنة المجلس الاعلى للشباب والرياضة .

– ان امكانات تنفيذ برامج التربية الرياضية والنشاط الرياضي بقطاع التعليم محدودة بمساحات الافنية والفراغات في نماذج التصميم الانشائي للأبنية المدرسية ، والتي غالبا ما تنتقص ببناء فصول ومنشآت تعليمية جديدة .

(٣) الامكانات :

وتواجـــه التربية الرياضية بمراحل التعليم مشكلات تناقص الامكانات ، وخاصة في المقومات الرئيسية لتنظيم الخبرة التعليمية وتطبيق المنهج بمفهومه الحديث ، الذي يتضمن : المقررات الدراسية ، والطريقة والنشاط والوسيلة ، وأساليب التقويم ، والحياة المدرسية بكل جوانبها ، والعلاقة بين هذه المكونات – كما أكد ها مؤتمر التعليم بالدولة العصرية (فبراير ١٩٧١) – علاقة عضوية وثيقة ، وليست مجرد علاقة اضافية أو جوار .

ومن أهم ظواهر القصور في الامكانات ما يأتي :

(أ) بالنسبة للملاعب :

بلغت الزيادة في عدد تلاميذ مراحل التعليم العام ، خلال السنوات العشر من ١٩٦٦ الى ١٩٧٦ ، مليونا وستة وستين ألفا وأربعمائه وثلاثة وأربعين تلميذا (١٫٠٦٦٫٤٤٣) ، بنسبة قدرها ٢٠ ٪ .

كما قابل الزيادة في عدد التلاميذ زيادة في عدد الفصول – في المدة نفسها – بمقدار ١٣٦٠٥ فصلا ، بنسبة قدرها ٤٣٪ ، الا انه لم يقابل هذا الزيادة اية زيادة تذكر في امكانات تدريس التربية الرياضية لهؤلاء التلاميذ ، من ملاعب واجهزة وادوات ، بل لوحظ أن معظم الفصول الجديدة المشار اليها ، قد قامت على حساب الملاعب والمساحات الخضراء القائمة .

ويتضح من ذلك ان تحقيق النمو في امكانات التدريس للمواد العلمية يتناسب تناسبا عكسيا مع نمو امكانات الانشطة التربوية ، واهمها الالعاب الرياضية ، ويصبح بذلك تطبيقا مخالفا للفلسفة النظرية لتحديث التعليم واتجاهات تطويره لمقابلة متطلباته المجتمع في مصر .

كما أسفر البحث عن وجود الآتى :

– ٤١٤٣ مدرسة ابتدائية بنسبة ٣. ٧٢٪ ، تبلغ مساحة الافنية والملاعب بكل منها ٥٠٠ متر مربع .

– ٩٦٣ مدرسة اعدادية بنسبة ٥٩. ٧٥ ٪ .

– ٥٤٤ مدرسة ثانوية بنسبة ١. ٧٠٪ ، وتقل مساحة الأفنية والملاعب بكل منها عن ١٠٠٠ متر مربع .

واذا اتجهنا الى تطبيق نظام اليوم المدرسى الكامل لتوفير وقت للنشاط خارج الدرس ، فان ذلك لن يتحقق الا بالمدارس التى تعمل لفترة واحدة يوميا .

(ب) بالنسبة للمعلمين :

ويتولى تدريس التربية الرياضية بالمدارس بمراحل التعليم العام :

–١٤٦٨ معلما ، حاصلون على مؤهل عال ، بنسبة ٢. ٤١٪ من جملة معلمى التربية الرياضية .

– ١٨٧٠ معلما حاصلون على مؤهل متوسط بنسبة ٥. ٥٢٪ .

– ٢٢٦ معلم خبرة ، بنسبة ٢. ٦٪ .

وفيما يختص بمدى توفر مدرسى التربية الرياضية ، فانه توجد :

– ٢٣٠٤ مدرسة بها مدرس تربية رياضية مؤهل مقابل كل ٥٠٠ تلميذ بالمراحل المختلفة .

– ٩٣٥ مدرسة بها مدرس مؤهل لكل ٧٠٠ تلميذ .

– ٢٦٢ مدرسة بها مدرس تربية رياضية مؤهل لاكثر من ٧٠٠ تلميذ .

ويشرف على توجيه التربية الرياضية ١٦٨ موجها بالمرحلة الابتدائية و٤٧ بالاعدادى و ٤٣ بالثانوى .

وتشير النشرة الاحصائية لوزارة التعليم عام ١٩٧٥ ، الى أن النقص فى عدد مدرسى التربية الرياضية بلغ ٨٥٧٣ بنسبة ٨٣٪ فى مدارس المرحلة الابتدائية ، و١٤٩٠ بنسبة ٣٩٪ فى مدارس المرحلة الاعدادية و١٢٣٦ فى مدارس المرحلة الثانوية بنسبة ١٢٪ .

وهذا يعنى انه من بين كل ١٠٠ طالب يلتحقون بمرحلة التعليم الجامعى ، يوجد حوالى عشرة طلاب فقط هم الذين تلقوا دروسا فى التربية الرياضية على مدى المراحل التعليمية السابقة .

وذلك بالاضافة الى ان كل ١٠٠ طالب مقيد فى المدارس الثانوية ، من بينهم ٥٣ طالبا تلقوا دراستهم فى المراحل التعليمية السابقة ، بمدارس هى أصلا بيوت أو منازل مؤجرة وبالتالى ليس بها أفنية أو ملاعب يمكن للطلاب أن يمارسوا فيها أنشطة رياضية .

وان من بين كل ١٠٠ تلميذ بالمدارس الابتدائية ، يوجد ٦٦ فقط ملحقون بمدارس بها أفنية ، بصرف النظر عن المواصفات والمساحات القانونية للملاعب الرياضية المقررة بالمناهج التعليمية ، ومدى تناسبها مع عدد التلاميذ والفصول والساعات ، المدرجة بالخطة الدراسية .

وتوضح هذه الارقام مدى التخلف الذى تعانيه مادة التربية الرياضية ، رغم ما أجمعت عليه الآراء من اهميتها فى تحقيق اهداف النمو المتوازن للمواطن ، وتكامل الشخصية ، وغرس العادات والاتجاهات السلوكية المطلوبة .

(جـ) بالنسبة للجامعات :

تفاقمت ظاهرة تناقص الامكانات وعدم تناسبها مع زيادة الطلاب والمنشآت العلمية بالجامعات ، حيث أسفر البحث عن تناقص الملاعب بالجامعات عددا ونوعا ، بنسبة ٥. ٣٢ ٪ عام ٧٧/٧٦ عما كانت عليه من قبل . بينما تزايد عدد الطلاب من ١٤٤٩٨١ الى ٣٠٥٦٨٥ بنسبة ٢٣٦٪ عما كان عليه .

وعلى سبيل المثال : فان ملاعب جامعة القاهرة تتركز فى الاستاد الذى بدئ فى انشائه فى نهاية الثلاثينات على مساحة ٣. ٤١ فدان ليستوعب ٦٥٢٦ لاعبا ، وقد انكمشت مساحته الآن لحوالى ١٠ أفدنة ، بينما بلغت زيادة عدد الطلاب بالجامعة نحو ١٨ ضعفا عام ٨٠/٧٩ .

وفى جامعة الاسكندرية : استقطعت صالة التدريب بكلية الزراعة لاقامة مكاتب ادارية عام ١٩٧٨ ، كما استبعدت مجموعة الملاعب الرياضية

للسلة والطائرة والتنس ، لبناء مدرجات كلية الطب .

هذا بالاضافة الى ما آلت اليه نسبة الممارسين للرياضة بالجامعات . فقد اشارت الاحصائيات الى ان عدد الممارسين لنوع من النشاط الرياضى بالجامعات المصرية عام ١٩٥٥/٥٤ كان ١٣٪ من مجموع الطلاب المقيدين ، وهبطت هذه النسبة الى ٢٣ .٦٪ عام ١٩٧٧/٧٦ ، ثم بدأت فى زيادة طفيفة عام ١٩٧٨/٧٧ ، حيث بلغت ٧٧ .٧٪ من مجموع الطلاب . وليس هناك اهتمام بالتدرج الاحصائى والعلمى لمعرفة ما وصلت اليه الحال عام ١٩٨٤/٨٣ . برغم تطور الميزانيات ، ومضاعفة الاعتمادات المالية المخصصة فى موازنة المجلس الاعلى للشباب والرياضة ، والتى تؤول الى صندوق التمويل الاهلى .

ولما كان نصيب الفرد من طلاب الجامعة قد بلغ فى المتوسط ثلاثة جنيهات فى عام ١٩٨٣ ، فهى لا تصل الا لتلك النسبة الضئيلة فى الأعداد المكونة للفرق الرياضية .

ومن ثم فانه ليس مستغربا هبوط مستوى الاداء الرياضى فى الجامعات المصرية ، على الصعيدين المحلى والعالمى ، بالرغم من التقدم العلمى والتكنولوجى فى مجال الرياضة والتدريب الرياضى والعلوم المصاحبة .

ويؤيد هذا ان بعض الذين مثلوا مصر فى دورة الجامعات الافريقية عام ١٩٧٩ أبطال من خارج الجامعة .

نحو اسلوب للنهوض بالرياضة والتربية الرياضية :

وفى ضوء هذا الواقع ، والمؤشرات العامة ، والمقارنات بين الفلسفة النظرية واتجاهات التطبيق العملى – يجدر البحث عن صيغة ذات فاعلية – تهتم بالاعتبارات الأساسية والخطوات العملية :

اعتبارات أساسية : ويأتى فى مقدمتها :

• الواقع المصرى ، وعلى الأخص اهتمامات أولى الأمر الحقيقية بشأن ضرورة الثقافة الرياضية .

• ما توصل اليه العلم من : وحدة الانسان التى لا يمكن الفصل فيها بين الجسم والعقل والروح ، وهو الأساس الذى تقوم عليه نظريات التربية الحديثة ، وتستمد منه التربية الرياضية مكانتها فى التربية .

• ما تفرضه ضرورات الحياة – وخاصة بالنسبة للشعوب النامية – من أهمية تلبية الحاجات المادية والتى لا تسمح للعب بأن يسبق السكن أو رغيف العيش فى اهتمامات الدولة .

• ان الرياضة وهى لعب منظم تفرض نفسها كمحتوى له فاعلية كبرى فى التربية .

• ان التعليم باعتباره ضرورة للحياة والمواطنة الصالحة ، لا ينبغى ان تزدحم مناهجه ، فقط بالعلوم والمعارف ، دون الخبرات والتجارب المشبعة لحاجات الانسان الطبيعية ، وفى مقدمتها « الرياضة البدنية » لارتباطها بالقيم الصحية والاجتماعية ، ولأنها ميل فطرى فى الانسان .

خطوات عملية : ويأتى فى مقدمتها :

• ان تعنى المدرسة بالتربية المرنة للشخصية المتكاملة المنسجمة فى سماتها مع القيم الايجابية السائدة فى المجتمع .

• توافر برنامج تعليم تربوى مثير لحماس التلاميذ مشبع لحاجاتهم الطبيعية فمن الملاحظ برغم ارتباط اللعب بميول ورغبات التلاميذ ، انهم يعزفون فى كثير من الأحيان عن دروس التربية الرياضية بصورتها الحالية .

وحتى يمكن تحقيق النهوض بالرياضة ، ينبغى أن يتأكد الوعى بأهميتها وأن تكون ذات صلة مباشرة بوظيفة المدرسة ، وموقف التلميذ من الالتزام باستيعاب المناهج المقررة ، واجتياز اختباراتها بنجاح يشعره بمكانته من خلال الاهتمامات المحيطة به ، بدءا من الوالدين والمعلمين ، واقترانه بالبيئة وبالمسئولين عن التعليم ، وما يتمتع به من حوافز تعمق اهتماماته بالنجاح فيما يتعرض له من اختبارات .

لذلك فان الأسلوب العملى المناسب للنهوض بالتربية الرياضية ، فى اطار السياسة التعليمية وفلسفتها المقررة ، هو المبادرة بتقنين التربية الرياضية كمادة تعليم اساسى للمواطنة الصالحة ، وجعلها بالتدريج على

مراحل مادة اجبارية يشترط اجتياز اختباراتها ، أسوة بمثيلاتها من المواد التربوية فى الخطة الدراسية المقررة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات وآراء ، وعلى ما اتخذه المجلس فى دورته الثانية من توصيات فى شأن : الاطار العام لاستراتيجية الشباب ، والتربية الرياضية ، يوصى بالآتى :

أولا : أهمية الرياضة والتربية الرياضية :

* التأكيد على أهمية الرياضة والتربية فى تنشئة الفرد ، وصون قدراته البدنية والذهنية . وذلك من خلال ما يأتى :

– ضمان كفالة انتفاع كل مواطن بالتربية الرياضية والرياضة .

– دعم دور الرياضة التربوى تعزيزا للقيم الانسانية الاساسية ، والتى هى منطلق التنمية .

– اعتبار التربية الرياضية والرياضة عنصرا اساسيا من عناصر التربية المستديمة وتحديث النظام التعليمى بمصر .

– ان تعنى المدرسة بالتربية المتزنة للشخصية المتكاملة المنسجمة فى سماتها مع القيم الايجابية السائدة فى المجتمع – الى جانب عنايتها بخدمة المعرفة العقلية للحصول على المؤهلات العلمية – وذلك عن طريق برامج النشاط التربوى المثير لحماس التلاميذ والمشبع لحاجاتهم الطبيعية .

ثانيا : تنمية الوعى الرياضى :

* ان الوعى بالأهمية الحقيقية للرياضة هو المفتاح الأساسى للنهوض بها ، ونجاح مهمتها ، ويقتضى ذلك :

– الاهتمام بالرياضة للجميع ، وتوسيع قاعدة الممارسين للنشاط الرياضى ، والعمل على توفير وتنمية امكانات الرياضة من نقاد ومنشآت وملاعب وادوات وتنظيم شغل واستثمار أوقات الفراغ ، واثارة الوعى لدى المواطنين من مختلف القطاعات ومراحل السن وكلا الجنسين .

والنظر فى الموافقة على مشروع « العيد الرياضى » المرفق مراحله التنفيذية لاقامة أول عيد رياضى عام ١٩٨٧ .

– العمل على توفير وتنمية المنشآت الرياضية وفقا للنظم والقواعد العالمية ، وبما يتفق ويتناسب مع أهداف التطوير والتنمية القومية فى إطار سياسة علمية ثابتة تعنى بوضع الأولويات ، ودراسة القائم منها ونسبة الاستفادة منه والعائد المنتظر من تغطية النقص ، وحجمه التقديرى لتغطية الجمهورية وأسس التوزيع الجغرافى ، ومصادر التمويل والبرنامج الزمنى ، ونسبة الاستيعاب الى تعداد السكان مع كل مرحلة تنفيذية .

– النظر فى انشاء هيئة قومية للمنشآت الرياضية (وفق المشروع المرفق) يكون من مهامها انشاء وادارة وصيانة هذه المنشآت بعد أن تضع خطة لذلك وفق أولويات محددة وفى حدود الموارد المتاحة . وفى هذا الصدد سبق للمجلس فى دورته الثانية أن اقترح اعطاء أولوية لانشاء سلسلة من حمامات السباحة فى المدن والريف بحيث تغطى جميع الأحياء فى المدن الكبرى وعواصم الأقاليم وفق برنامج زمنى محدد .

ثالثا : التعليم الرياضى :

* ان تكون البرامج الرياضية ذات صلة مباشرة بوظيفة المدرسة وبموقف التلميذ من الالتزام باستيعاب المقرر من المناهج الدراسية ، واجتياز اختباراتها ، وموقف الوالدين ، وأولى الامر بالمدرسة والادارة التعليمية ، والأجهزة المركزية المعنية بالتعليم وبتطويره وتحديثه .

– مع استثمار القيم التربوية فى الرياضة عن طريق تطبيق برامجها بفاعلية تتناسب مع جدية الإعداد ، والعمل على توفير الامكانات الضرورية لتكامل مناهجها من موقع الاحساس بالمسئولية لكل من المعلم والمتعلم وولى الأمر .

ومن ثم فان الأمر يتطلب تنفيذ ما يأتى :

– تقنين التربية الرياضية كمادة تعليم اساسى للمواطنة الصالحة ، وجعلها مادة اجبارية ، ويشترط اجتياز اختباراتها ، أسوة بمثيلها من المواد التربوية .

– الموافقة على الخطوات التنفيذية لاجبارية الرياضة بالتعليم – بالتدريج وعلى مراحل – وفقا لما ورد بمشروع تقنين مادة التربية الرياضية بالمدارس – المرفق – وعلى أن يبدأ بتنفيذه على سبيل التجربة بعدد من مدارس التعليم الاساسى والتعليم العام .

– العناية بالموهوبين ورعاية ذوى الاستعدادات الرياضية من التلاميذ للارتقاء بالمستوى ، وصولا لمراتب البطولة . والموافقة على مشروع انشاء المدارس الرياضية ، بعد تصويب مسارها ، وفقا للقواعد والشروط التى تكفل مواجهة السلبيات التى اسفر عنها التطبيق والممارسة الفعلية . اذ ان ما ظهر بهذا النظام من سلبيات عند تطبيقه لا يحول دون الانتفاع بفوائده ومزاياه – على أن يطبق البرنامج المطور لهذه المدارس الرياضية على سبيل التجريب على عينة من المحافظات .

* لما كانت قضية التمويل تفرض نفسها بالنسبة لكافة المقترحات ، فان المجلس يرى انه فى مجال النشاط الرياضى يتعين اللجوء الى مصادر التمويل الذاتى ، بجانب ما يخصص لهذا النشاط فى الميزانية حتى لا يقع العبء كاملا على عاتق الدولة ، ومن مصادر التمويل الذاتى المقترحة :

• ما يخصص من صندوق الخدمات فى المحافظات باعتبار الرياضة من أهم هذه الخدمات .

• الهبات والتبرعات غير المشروطة .

• الدخول الناجمة عن الانشطة الرياضية المختلفة كالمهرجانات وغيرها عن طريق مصادر منوعة من بينها :

× قيمة تذاكر دخول المتفرجين والمجموعات .

× دخل الاعلانات المختلفة اثناء المباريات .

× ما تدفعه وسائل الاعــلام من اذاعة وتليفزيــون نظير نقل المباريات .

رابعا : توفير نظم المعلومات :

* الاهتمام بتوفير نظم حديثة للمعلومات واستيفاء البيانات ، فى مجال الرياضة ، للمعاونة على التخطيط ، ورسم السياسات ، وصناعة القرارات فى هذا المجال ، وذلك عن طريق ما يأتى :

– انشاء قاعدة بيانات فى اطار عمل ومسئوليات الجهة الادارية المختصة بالرياضة وخدمات الشباب كركيزة واساس موضوعى فيما تستهدفه الأبحاث والدراسات وما يجب ان يبنى عليه التخطيط ورسم السياسات وتقدير التمويل والمتابعة والتقويم ، وسلامة اتخاذ القرارات .

ومرفق أربعة مشروعات بمقترحات عن الموضوعات التى ورد ذكرها بالتقرير وهى :

• مشروع تقنين مادة التربية الرياضية .

• مشروع المدارس الرياضية .

• مشروع الأعياد الرياضية ودورها فى رعاية الشباب .

• مشروع بانشاء وتنظيم هيئة للمنشآت الرياضية .

ملحق رقم ١

مشروع تقنين مادة التربية الرياضية

يهدف المشروع الى تقنين التربية الرياضية ، باعتبارها مادة تعليم اساسى للمواطنة الصالحة ، لجعل التربية الرياضية مادة اجبارية ، يشترط ان يجتاز التلميذ اختياراتها بنجاح ، اسوة بالمواد الاخرى .

ويشمل التقنين العناصر الآتية :

– المنهج والمحتوى .

– الأهداف وإحالتها الى مستويات متدرجة يمكن قياسها .

– وضع معدل للامكانات والأدوات اللازمة لتنفيذ المنهج المقرر ، على أساس وحدة الفصل بالنسبة للنشاط التعليمى والتطبيقى .

– تحديد عناصر الاختيار لمستويات اللياقة البدنية ، وأسس المهارات الحركية ، ومظاهر السلوك العام ، وترجمتها الى درجــات معيارية .

– وضع مجموعة اختبارات للسنوات والمراحل ، تطبق على فترات ، مع اختبارات المواد الدراسية الاخرى بالخطة المدرسية .

ويشترط اجتياز التلميذ اختبارات مادة التربية الرياضية بنجاح ، في اطار الدرجات المعيارية للمناهج المقررة (اسوة بما هو متبع بالنسبة للمواد التربوية الفنية او العسكرية والبدنية وغيرها) .

مشكلات التطبيق :

اما عن المشكلات والصعوبات التي يمكن أن تواجه هذا النظام ، في ظل الأوضاع الراهنة للتعليم وللمدارس ، وخاصة في بداية تطبيقه ، فيمكن تصورها على النحو الاتي :

– تفاوت امكانات المدارس بالمرحلة التعليمية الواحدة وما يتطلبه تدريس المادة ووحدات النشاط الرياضي من مساحات وأفنية وأدوات .

– العجز في عدد معلمي التربية الرياضية المؤهلين ، ومعدل وفرتهم لكل مدرسة قياسا الى معدل وفرة معلمي المواد الاخرى ، بالنسبة لوحدة الفصل .

– تفاوت ظروف المدارس في الوقت المتاح ، سواء للدرس أو للنشاط خارجه ، وموعدها من ساعات اليوم المدرسي في ظل وجود نظام الفترات .

– طبيعة الاختبارات للتربية الرياضية ، كمادة عملية متصلة بالعلم والحركة والسلوك ، ومدى الاطمئنان الى موضوعيتها ، خصوصا فيما يناسب تدرج السنوات الدراسية ، ومن مرحلة لاخرى .

– التمويل ومصادره ، لمقابلة أدوات المنهج ومتطلباته ، ومصروفات النشاط وبرامجه وانتقالاته خارج الدرس والمدرسة ، على أساس وحدة الفصل بالنسبة للخطة ، ووحدة الملاعب والفريق بالنسبة للتنافس الخارجي .

– العلاقة التنظيمية بين الادارات التعليمية بالمحافظات ، وموجهي المواد بالوزارة ، وبينها وبين أجهزة المجلس الاعلى للشباب والرياضة واهتماماته ، ومسئولية وضع الاختبارات وتقييم النتائج (ولعل تجربة المدرسة الثانوية الرياضية توضح جانبا من المشكلة) .

– دور كليات التربية الرياضية ، ومناهج إعداد المعلم ، والادارات التعليمية ، ومسئوليات الرقابة والتوجيه ، وموقف المعلم ازاء تنفيذ الخطة واجراء الاختبارات واعداد النتائج .

مقترحات التنفيذ :

ولعله من المفيد الاشارة الى بعض المقترحات كحلول لهذه المشكلات ، والنظر في دراستها والعمل على إقرار المناسب والممكن ، مع الاستفادة بخبرات المتخصصين والمسئولين بالأجهزة المعنية في دراستها .

وأهم هذه المقترحات ما يلي :

– وضع المنهج على أساس تدريبي يتدرج لعناصر اللياقة البدنية ، وتعليمي لمبادئ المهارات الحركية ، بما يتناسب مع الحد الادنى المشترك للامكانات بمدارس المرحلة التعليمية الواحدة . ويكون التوسع في المنهج اختياريا بالنسبة لظروف كل مدرسة مع ايضاح جانب الثقافة الرياضية وعلاقتها بالحياة والمجتمع .

– العمل على زيادة ساعات التربية الرياضية بالخطة ، ساعة واحدة اسبوعيا ، لمقابلة اعباء الاختبارات ، لتتم خلال ساعات الدرس وليس خارجه ، مع النظر في تخصيص وقت يكمل ساعات الخطة الدراسية الى ما يعادل ٦ ساعات اسبوعيا (بمعدل ساعة نشاط في اليوم) .

– احتساب نصاب مدرس التربية الرياضية على أساس : مجموع الساعات داخل الخطة ، وساعات النشاط خارجها ، والجزاء عن الساعات الزائدة عن النصاب بمعدل مناسب ومشجع .

– اختبار ثلاث عناصر اساسية في اللياقة البدنية : قوة – توافق – جلد ، للبدء في تكوين مجموعة الاختبارات الموضوعية ووضع جداول الدرجات في مادة التربية البدنية .

ويختار التلميذ لعبة واحده من المنهج المقرر لاختيار مبادىء المهارة الحركية . وينظر في اختبار نظري للمعلومات ، يضاف اليه نسبة من الدرجه عن ملاحظة السلوك في مجال تطبيق المنهج .

– احتساب نصيب المدرسة من مدرس التربية الرياضية على أساس عدد الفصول بها ووضع خطة توفير وتنمية هيئات تدريس التربية

الرياضية ، وتطوير كليات التربية الرياضية ومراجعة سياسة التوسع ونظام القبول ، وتحديد الحد الأدنى من الامكانات لإعداد المعلم القدوة . واعتبار مطالب اعداد مدرس التربية الرياضية مسئولية وزارة التعليم والجامعة ، أسوة بمطالب كل كليه متخصصه فى اعداد خريجيها .

- توحيد البنية التنظيمية لهيكل الجهاز المختص بالتربية الرياضية والرياضة ، بقطاع التعليم ، على المستوى المركزى ، وتحديد العلاقة بينه وبين الاجهزة العامله فى مجال الشباب والرياضة خارج الوزارة ، بحيث يكون الاختصاص والمسئولية الرئيسية للتعليم ضمانا لتنشئة الطالب ، وتنمية الولاء والانتماء لجماعته ومدرسته ومجتمعه .

- اختيار الجهاز المختص بالتربية الرياضية بقطاع التعليم (هيئة رياضية) وصدور قرار من وزير التعليم بتنظيم واختصاصات المسئولين من ادارة هذه الهيئة وعلاقة نشاطها بنشاط الوزارة ومديريات التعليم ، وعلاقتها بالاندية والاتحادات الرياضية ، واجهزة المجلس الاعلى للشباب والرياضة . ويكون رئيسها ممثلا للتعليم فى تشكيل المجلس الاعلى للشباب والرياضة ، ضمانا للتنسيق والتكامل فى رسم السياسة ، ومتابعة التنفيذ .

هذا ويقترح ان تتناول دراسة هذه المقترحات مجموعة عمل من المختصين والمعنيين بالتعليم والشباب والرياضة يضم الى عضويتها :

من وزارة التعليم : مستشار المادة وموجهو العموم بالمراحل الثلاث ، ومدير عام الادارة العامة للتربية الرياضية بالوزارة .

ومن كليات التربية الرياضية : رئيس قسم كل من مواد : أصول التربية الرياضية والتمرينات ، والالعاب ، والمواد التربوية .

ومن المجلس الاعلى للشباب والرياضة : رئيس قطاع الطلائع ، ومديرو عموم التخطيط والخدمات المركزية بقطاعى الشباب والرياضة ، واخصائى الطب الرياضى . (كما يدعى لمناقشة النتائج مدير ادارة الامتحانات بوزارة التعليم) .

على أن يصدر ، بنتائج هذه الدراسة ، قرار من السلطة المختصة . ويطبق ، على سبيل التجربة ، على مجموعة مختارة من مدارس التعليم الأساسى ، ومجموعة اخرى من المدارس بكل مرحلة من مراحل التعليم العام .

وان ينظر - تدريجيا - فى التعميم واقرار قواعد التطبيق على مختلف المراحل .

ملحق رقم ٢
مشروع المدارس الرياضية

واجهت مصر فى الثلاثين سنة الأخيرة مشكلة التوسع فى التعليم ، مما أدى الى العناية بالكم دون الكيف ، وتسبب فى عدم استثمار المواهب لدى بعض الطلاب ، ومنها المواهب الرياضية ، وارتفاع مستوى لياقتهم البدنية .

ومن ثم كان التفكير فى انشاء مدارس خاصة للموهوبين الرياضيين ، فأنشئت مدرسة ثانوية رياضية عام ١٩٦٨ - وهى مدرسة ثانوية عادية يلتحق بها أصحاب المواهب الرياضية من طلبة المدارس الثانوية .

وكانت الدراسة فى هذه المدرسة الثانوية الرياضية داخلية ، وتشمل الدراسة والاقامة والتغذية والعناية بالتربية الرياضية ، والتدريب على مختلف الالعاب .

ولقد نجحت هذه المدرسة - رغم قصر عدد سنى دراستها التى كانت ثلاث سنوات فقط - من الناحية العلمية ، اذ تفوق طلبتها فى الامتحانات العامة ، كما تفوقوا فى مستويات لياقتهم البدنية وفى مختلف الالعاب الرياضية .

وتخرج فيها ابطال كثيرون مثلوا مصر فى بطولات العالم والدورات الاوليمبية .

اما بالنسبة للنتائج العلمية فان كثيرا من الخريجين التحقوا بكليات الطب والهندسة والتجارة والكليات العسكرية ، وكليات التربية الرياضية .

وكان التخطيط ان يزاد عدد سنى الدراسة الى ست سنوات ، وان تقام هذه المدارس بعواصم المحافظات ، لاجتذاب اصحاب المواهب

الرياضية ورعايتهم . وقد بنيت مدرسة حديثة بأرض استاد القاهرة ونقلت اليها تلك المدرسة . وبعد ذلك تم الغاؤها نهائيا بعد ان خرجت عن الشروط المقررة لقبول الطلاب ، اذ قبلت المدرسة فى أحد الاعوام ١٦٨ طالبا بالسنة الاولى كان منهم ١٦٣ طالبا دخلوا استثناء من المجموع ، ولم يوفق عدد منهم فى الناحية العلمية .

ونظرا لعدم وجود امكانات بأغلب المدارس العادية فى مستويات التعليم المختلفة من ملاعب وادوات رياضية فان اقتراح العودة الى انشاء المدارس الرياضية يسهم فى رفع مستوى الرياضة ، وبخاصة بالنسبة لفرق مصر القومية .

أهمية انشاء هذا النوع من المدارس :

وتخلص أهمية انشاء هذا النوع من المدارس فى الاغراض التى يمكن ان تحققها ، وفى مقدمتها :

- رعاية الممتازين والموهوبين من الطلبة الرياضيين بالمدارس واتاحه الفرصة كاملة لهم للوصول الى اعلى مراتب البطولة .

- إيجاد مورد لمد الفرق الرياضية الاهلية التى تمثل الدولة فى المجالات الرياضية العالمية بالعناصر الممتازة من اللاعبين .

- اعداد فئة من الطلبة تناسب احتياجات كليات التربية الرياضية والكليات العسكرية بالاضافة الى رفع مستوى الرياضة بالكليات المختلفة بالجامعات التى يلتحق بها خريجو هذه المدارس .

النظام المقترح

- ان يلحق بالمدرسة التلاميذ من بداية المرحلة الاعدادية ، ويتدرجون بالسنوات التالية حتى نهاية المرحلة الثانوية وبذلك تكون الدراسة بالمدرسة ٦ سنوات دراسية .

- ان يشتمل المنهج على الرياضات الأساسية والألعاب الجماعية ، وفقا لأسبقية اللعبات ، كما يلى :

ألعاب قوى - الجمباز - السباحة - كرة القدم - كرة السلة - الكرة الطائرة - كرة اليد - وما يمكن ان يضاف من الالعاب الاخرى للمنهج .

- يبدأ التنفيذ فى هذه المدارس بعدد ٢٠٠ طالب ، يوزعون على الالعاب المختلفة فى السنة الأولى من المدرسة (تقابل السنة الأولى الاعدادية) على أن يقبل ٢٠٠ طالب جديد كل عام ، حتى تستكمل المدرسة ، وتكون قوتها الدائمة ١٢٠٠ طالب .

- تكون الدراسة بهذه المدارس مجانية .

الأماكن المقترحة لتنفيذ هذه المدارس :

- بالنسبة لمدرسة محافظة القاهرة ، يقترح نفس المكان الذى بنى خصيصا للمدرسة الثانوية الرياضية واستعملته قبل الغائها .

- بالنسبة لتنفيذ مدارس فى المحافظات ، يقترح استغلال استادات المحافظات فهى انسب مكان لانشاء مدرسة رياضية لما يتيحه ذلك من استغلال لكل امكاناتها من ملاعب ومبان . واذا احتاج الامر لتعزيز المبانى لاستيعاب عنابر النوم والفصول الدراسية ، فيمكن اقامة مبنى جديد ملحق بالاستاد ، وضمن مساحة أرضه .

شروط اختيار الطلبة :

وينبغى ان يراعى عند اختيار الطلبة لهذه المدارس مجموعة من الشروط ، أهمها :

- ان يكون مجموع الطالب عند الالتحاق بالمدرسة مؤهلا للقبول بالمدارس الاعدادية الحكومية ، ولا يسمح بالاستثناء ، حتى لا يقبل ضعاف المستوى علميا . كما حدث فى المدرسة الثانوية الرياضية ، فاثر على نتائجها العلمية .

- الامتياز الرياضى ، أو استعداد فى القدرات الرياضية ، بجانب الامتياز العلمى .

- اجتياز مجموعة من الاختبارات الخاصة ، التى توضع بمعرفة الاخصائيين .

- اجتياز فحص طبى خاص .

- اذا زاد عدد الرياضيين الناجحين فى الاختبارات عن العدد المطلوب ، يفضل المتقدمون علميا .

هيئة الاشراف : (ادارة المدرسة) :

يشرف على المدرسة مجلس ادارة ، يعين من اعضائه : مختص يتولى الناحية الادارية ، وثان للناحية العلمية ، وثالث للناحية الرياضية ، هذا بجانب الاشراف الاجتماعي والصحي بتعيين اخصائي اجتماعي وطبيب مقيم ومقر عيادة بملحقاتها . ويسند الاشراف الداخلي لمجموعة ممتازة من المدرسين .

مدير المدرسة : ويختار من بين رجال التربية والتعليم المشهود لهم بحسن الادارة والحزم ، ويكون من ذوي الميول الرياضية . مع مراعاة الدقة في اختيار الوكلاء والمدرسين والمدربين ، اذ ان حسن اختيارهم من عوامل نجاح هذه المدارس .

التغذية : تتبع جميع الاجراءات بالنسبة للتغذية بالمدرسة ، مع العناية بنوع الأكل وكمياته بالنسبة للمجهود الخاص في هذه المدارس .

اليوم المدرسي :

– ويشمل ٧ حصص في اليوم – مدة الحصة ٤٥ دقيقة – فيما عدا يوم الاثنين والخميس ، فيكون عدد الحصص ٦ فقط .

– الدراسة كلها صباحية ، مع توفير فسحة نصف ساعة بين الدرس الرابع والخامس .

– تبدأ الدراسة الساعة ٨ صباحا ، وتنتهي الساعة ٢,١٠ مساء .

– تخصص فترة ما بعد الظهر – من الساعة ٢,٣٠ الى الساعة ٥,٣٠ – للنشاط .

برنامج التربية الرياضية :

يوضع برنامج خاص بالتربية الرياضية لهذه المدارس ، بما يحقق أهدافها ، ويراعى في ذلك :

– درس التربية الرياضية من حيث المادة والشكل وطريقة التدريس .

– النشاط خارج الجدول ، وربطه بخطة التدريب لكل لعبة .

– البرنامج التنافسي .

– تحديد نصاب المدرس على أساس الواجبات التي يكلف بها .

– وضع معدل للأدوات والامكانات الرياضية الواجب توافرها بالمدرسة .

شروط الاستمرار بهذه المدارس :

تحديد مجموعة من الشروط لاستمرار الطالب بهذه المدارس ، أهمها ما يأتي :

– اذا لم يوفق الطالب في دراسته العلمية او الرياضية بناء على ما تقرره لجنة التربية الرياضية ، يحول الى أقرب مدرسة الى منزله ليلحق بها في نفس الصف الذي وصل اليه .

– لا يصرح للطلبة بالاشتراك في التدريب او المباريات الرياضية مع احد فرق الاندية او الهيئات الرياضية الاخرى ، الا باذن كتابي من ادارة المدرسة .

– في حالة عدم استمرار الطالب في الدراسة بالمدرسة ، لسبب لا يقره مجلس ادارتها ، يكون ملزما برد النفقات الاضافية التي تحملتها المدرسة زيادة عن تكاليف التعليم العام ، وذلك وفقا لما تحدده لوائح المدرسة .

– تصرف ملابس التدريب الرياضي للطلبة بالمجان .

– تكون الاقامة الداخلية بالمجان . ويسمح للطالب بالخروج عقب دروس كل يوم خميس ، لقضاء عطلة نهاية الاسبوع مع اسرته ، والعودة بعد ظهر يوم الجمعة ، وكذلك في الاعياد والعطلات الرسمية .

على أن توضع الحوافز التي يمكن ان يستفيد منها الطالب ، تشجيعا له ولأولياء الامور على الاقبال على هذه المدارس ، مثل : الافضلية عند التقديم للالتحاق بكليات التربية الرياضية أو الكليات العسكرية ، وتوفير وسيلة دائمة للمدرسة لتنقلات الطلبة .

التكاليف المالية :

تقوم وزارة التعليم بالانفاق على المدرسة في كل ما يتعلق بالعملية التعليمية ، ويقوم المجلس الاعلى للشباب والرياضة بالانفاق على النواحي الاخرى ، من اقامة وتغذية وملابس وادوات رياضية ورحلات ورعاية

صحية وإعداد الملاعب وصيانتها ، وتنفيذ البرامج الرياضية ، والبعثات الخاصة بالناحية الرياضية .

التقييم والمتابعة :

يتولى المجلس الاعلى للشباب والرياضة عملية تقييم ومتابعة هذه المدارس من الناحية الرياضية ، ووضع نظام دقيق يكفل ذلك حتى لا تحدث ثغرات تؤثر فى نتائجها العلمية والرياضية .

تجهيزات الدراسة :

تساهم وزارة التعليم بالتجهيزات اللازمة للدراسة : كمقاعد للطلبة – السبورات – الكراسات – الكتب – الأجهزة العلمية – وتعيين مدير المدرسة والاساتذة المتخصصين والاداريين اللازمين ، وغيرهم .

مع ملاحظة أن مدرسة محافظة القاهرة معدة فعلا ، بكل التجهيزات للملاعب والاقامة ، وتجهيزات المطابخ والمطاعم الى جانب ما كان لها من وسائل انتقالات : اتوبيسات وميكروباصات وكان لها ميزانية حتى عام ١٩٨٠ مدرجة فى ميزانية المجلس الاعلى للشباب والرياضة .

ملحق رقم ٣

مشروع الاعياد الرياضية ودورهـــا فى رعايـــة الشبـــاب

الرياضة البدنية مظهر من مظاهر الحضارة ، اذ يتحقق عن طريق التربية البدنية كثير من الأهداف التربوية ، ورفع الكفاءة البدنية ومستوى الصحة والقدرة على الانتاج .

ولما كانت مزاولة الالعاب الرياضية تقتصر غالبا على نسبة محدودة من الممارسين سواء فى المدارس أو الجامعات أو المصانع والشركات ، وبعض تجمعات الشباب ، فقد لجأت بعض المجتمعات الى تنفيذ مشروع رياضى يدعو مجموع الشعب من الجنسين ، ومن مختلف الأعمار لمزاولة النشاط الرياضى ، وقد شجع نجاح مثل هذا المشروع كثيرا من الدول على اقتباس نظمه وتطويعها بما يناسب ظروفها .

ويقوم المشروع الرياضى على : نشر برامج الرياضة ، وتنظيم المسابقات التنافسية فى مختلف الالعاب الرياضية ، بين شتى القطاعات والاعمار من الجنسين . وتختتم هذه الانشطة بمباريات نهائية تصحبها عروض التربية البدنية والتشكيلات الجماعية .

ويتطلب هذا النوع من النشاط الرياضى الدورى العديد من الانشطة الاجتماعية والفنية طوال مدة الإعداد والمسابقات .

اما بالنسبة لمصر فيتركز معظم النشاط الرياضى فى مناطق محدودة ، مما يقلل من اتاحة الفرصة لممارسة النواحى الرياضية المختلفة لشباب البلاد ، وبالتالى الحد من الانتفاع بالتربية الرياضية كوسيلة فعالة لإعداد المواطن الصالح ، وفوات فرص التفوق والنبوغ على الرياضيين الناشئين ، وتبعا لذلك لا تتوافر المنشآت والملاعب والأدوات إلا فى هذه المناطق .

ولما كانت سياسة الدولة تهدف الى تيسير الخدمات لتشمل كل فرد من ابنائها ، دون الاقتصار على نسبة محدودة ، فان تنظيم اعياد رياضية سيكون من أهم الوسائل التى تسهم فى تحقيق هذا الهدف ، عن طريق تنظيم المنافسات بين جميع ابناء المحافظات فى مختلف الالعاب الرياضية . على أن يقام كل عيد من هذه الاعياد فى محافظة من المحافظات مرة كل أربع سنوات ، حتى تمتد فوائد هذا المشروع الى جميع انحاء البلاد .

أهداف الاعياد الرياضية :

وتهدف الأعياد الرياضية إلى ما يأتى :

- نشر الوعى الرياضى بين المواطنين .
- زيادة عدد الممارسين للانشطة الرياضية فى مختلف القطاعات ومراحل العمر .
- اتاحة فرص التنافس بين الفرق الرياضية فى المحافظة الواحدة ، ثم بين المحافظات الاخرى .
- بث روح الولاء والانتماء للمجتمع فى نفوس الأطفال والشباب .
- الكشف عن ذوى الاستعداد الرياضى المتميز وتنمية مواهبهم

والارتقاء بمستواهم .

• توفير وتنمية الامكانات المادية والبشرية للنشاط الرياضى فى المحافظات المختلفة .

• الارتقاء بالمستوى الصحى للمواطنين وزيادة لياقتهم وقدرتهم على الانتاج .

• إعداد جيل جديد من القادة فى مجال الادارة والتنظيم الرياضى .

القواعد العامة للاعياد :

يمكن ايجاز القواعد العامة التى تحكم الاعياد فيما يلى :

• يخدم المشروع المواطنين من جميع الاعمار من الجنسين بتحقيق الغرض منه وهو أن تكون الرياضة للجميع .

• ينفذ المشروع وفقا للتقسيمات الادارية : القرية - المدينة - المحافظة ، ويتم بين المؤسسات المختلفة فيها وذلك على مراحل تستغرق كل منها سنة واحدة ووفقا لنتائج كل مرحلة . وتكون المرحلة الأخيرة هى العيد الرياضى .

• ينفذ المشروع بالمحافظات دوريا ، حتى تتاح الفرصة لجميع المحافظات لتحقيق الاهداف المرجوة من المشروع .

• تيسير المنافسات الرياضية وفقا للقوانين الدولية للألعاب المختلفة ، وباشراف الاتحادات الرياضية .

• يمثل المحافظة من يمثل المؤسسات المختلفة كما سيلى ايضاحه .

وبناء على العرض السابق يقترح ما يأتى :

أولا : مواعيد ومكان التنفيذ :

السنة الأولى والثانية : تقام فيها تصفيات بين المؤسسات فى المحافظة الواحدة .

المدارس الابتدائية / المدارس الاعدادية / والمدارس الثانوية وما فى مستواها / مراكز شباب القرى / مراكز شباب المدن / الكليات فى الجامعة الواحدة / الأندية الرياضية / المؤسسات الانتاجية (المصانع والشركات) .

وتنتهى باقامة العيد الرياضى للمحافظة :

وتختار منتخبات هذه المؤسسات ، وتعد لمنافسة المؤسسات المماثلة فى المحافظات فى المجموعة الواحدة .

السنة الثالثة : وتقام فيها التصفيات بين منتخبات المؤسسات فى كل محافظة ومنتخبات المؤسسات المماثلة فى محافظات المجموعة الواحدة ، وتنتهى باختيار منتخب المؤسسات فى كل مجموعة من هذه المجموعات المختلفة .

السنة الرابعة : (عام العيد) : ويقام فيها النهائى بين منتخبات المؤسسات فى كل مجموعة ومنتخبات المؤسسات المماثلة فى المجموعات الاخرى .

هذا ويقام العيد الرياضى مرة كل أربع سنوات فى العام الثالث من كل أوليمباد بالمحافظة التى تعهد اليها اللجنة العليا للعيد الرياضى بتنفيذها على أن يبدأ العيد الاول عام ١٩٨٧ .

مكان اقامة العيد :

تعين المحافظة التى سيعهد اليها بتنظيم العيد الأول والثانى ، حتى يمكن اعطاء مهلة أربع سنوات للاستعداد بالامكانات التى يحتاج اليها تنظيم العيد كاقامة أو استكمال المنشآت الرياضية اللازمة والمعسكرات للاقامة ، واعداد الكوادر التى ستختار للتنظيم والتحكيم ، وتختار المحافظة الاولى من المحافظات ذات الامكانات المتوفرة .

ثانيا : مراحل تنفيذ الاعياد :

مستوى المحافظة : يتم تنفيذ المشروع على مستوى المحافظة ، فتقيم مسابقات بين المؤسسات الموجودة (المدارس - مركز الشباب بالقرى - مراكز شباب المدن - الاندية - المؤسسات الانتاجية (المصانع والشركات) - الكليات فى الجامعة الواحدة ثم بين الجامعات فى

المحافظة الواحدة وهكذا .

مستوى الاقليم : يتم التنفيذ على مستوى مجموعة المحافظــــات (الاقليم) فتقام المسابقات بين منتخبات محافظات كل مجموعة من المجموعات الأربع :

مستوى الجمهورية : يتم التنفيذ على مستوى الجمهورية ، فتقام المسابقات بين منتخبات كل مجموعة والمجموعات الاخرى .

ثالثا : برامج نشاط الاعياد :

يقترح أن تشمل برامج نشاط الأعياد الألعاب الآتية :

العاب اجبارية : جمباز + سباحة + العاب قوى .

العاب اختيارية : بقية العاب البرنامج الاولمبى + لعبتان أو اكثر من الالعاب خارج البرنامج الاولمبى .

الالعاب التقليدية : التحطيب والحكشة وغيرهما .

وعلى المحافظة التى سيعهد اليها بتنظيم العيد الرياضى ان تقترح الالعاب التى سيتضمنها برنامج العيد الرياضى ، قبل اقامته بسنتين على الأقل ، على أن يعتمد البرنامج المقترح من اللجنة العليا المسئولة عن تنظيم الاعياد الرياضة .

رابعا : لجان تنظيم وادارة الاعياد :

تتكون لجان تنظيم وادارة الاعياد من : اللجنة العليا لتنظيم الاعياد واللجنة المنظمة ، وذلك على النحو الآتى :

أ- اللجنة العليا لتنظيم الاعياد :

ويصدر بها قرار من رئيس الوزراء وتشكل من :

- رئيس اللجنة الادارية المختصة بالرياضة بالمجلس الأعلى للشباب والرياضة رئيسا .
- الامين العام لوزارة الحكم المحلى نائبا للرئيس .
- عضو اللجنة الاولمبية الدولية .
- رئيس اللجنة الاولمبية المصرية .
- سكرتير عام اللجنة الاولمبية المصرية .
- وكيل الوزارة المسئول عن الرياضة بوزارة التعليم .
- السكرتير العام للاتحاد الرياضى للقوات المسلحة .
- السكرتير العام لاتحاد الشرطة الرياضى .
- السكرتير العام للاتحاد الرياضى للشركات .
- رئيس الاذاعة .
- رئيس التليفزيون .
- نقيب الصحفيين .
- المسئول الاول عن النواحى المالية بالمجلس الاعلى للشباب والرياضة .
- ثلاثة من الخبراء تختارهم اللجنة العليا .

اختصاصات اللجنة العليا :

اللجنة العليا هى السلطة العليا للاعياد الرياضية وتختص بما يأتى :

- اختيار المحافظة التى يعهد اليها بتنظيم العيد الرياضى .
- اقرار الميزانية المقترحة من المحافظة المختصة للعيد واقتراح الاعانة المطلوبة ومصادر التمويل الذاتى .
- اعتماد برنامج اللعبات الرياضية للعيد .
- وضع اللوائح الداخلية (الادارية والمالية) الخاصة بها واعتماد اللوائح المنظمة للجان المختلفة .
- تقييم الأعياد الرياضية والنظر فى التقارير المرفوعة اليها من المحافظات المختلفة .

ب - اللجنة المنظمة :

تكون المحافظة بمجرد أن يعهد اليها بتنظيم العيد « لجنة منظمة » لهذا العيد برئاسة المحافظ ، وتضم الى عضويتها كلا من :

- رئيس الجهة الادارية المختصة بالرياضة بالمحافظة .
- المسئول الاول عن الرياضة بكل من الجهات الآتية : التعليم العام ،

والجامعات ان وجدت ، وممثل الاتحاد الاقليمى لمراكز شباب المدن ، وممثل الاتحاد الاقليمى لمراكز شباب القرى .

- المسئول المالى عن العيد بالمحافظة .

- عدد من الخبراء الرياضيين .

اختصاصات اللجنة المنظمة :

- إعداد وتنفيذ العيد الرياضى بالمحافظة .

- اقتراح الميزانية اللازمة للعيد والاعانات المطلوبة ومصادر التمويل الذاتى ووضع التقرير النهائى عن العيد .

- وضع تقرير المتابعة الخاص بالعيد بعد انتهائه ويشمل النقاط الآتية :

. الخطوات التنفيذية التى اتخذت لاقامة العيد ، والتى تشمل المنشآت الرياضية واماكن الاقامة ، وغيرها من وسائل الإعاشة والمواصلات .

. نتائج مسابقات العيد .

. التقرير الختامى المالى للعيد .

خامسا : التمويل :

تعد اقامة هذه الاعياد فرصة مواتية لاعداد أو استكمال أو اقامة المنشآت والمعسكرات والملاعب ، للالعاب المختلفة بكل محافظة ، وتزويدها بالأدوات والأجهزة اللازمة . ومن ثم يقترح : ان تدرج كل محافظة فى موازناتها السنوية ما يمكنها من تنفيذ هذه الاحتياجات فى الوقت المناسب سواء عن طريق مصادر التمويل الذاتى المختلفة أو التبرعات والهبات غير المشروطة أو ما يخصص فى الموازنة العامة للدولة ، مع وضع ميزانية تقديرية - مسبقا - لهذه الأعياد بأسلوب اقتصادى يحول دون أى انفاق يتسم بالاسراف والبذخ لا يؤدى الى عائد مباشر أو غير مباشر . وتقوم اللجنة العليا بدراسة احتياجات المحافظة واقتراحاتها الخاصة بتمويل الإعداد للعيد ، على ضوء ما تقدم ، سواء لتنظيم العيد أو تدريب المتسابقين ، أو تحكيم المسابقات أو تغذية واقامة وانتقالات المتسابقين والاداريين والحكام والجوائز الخاصة بالعيد .

ملحق رقم ٤

مشروع

انشاء وتنظيم هيئة للمنشآت الرياضية

تقوم ممارسة الرياضة البدنية حاليا على اساس نظريات وتطبيقات علمية ، وهذه النظريات والتطبيقات لا تتعلق بأصول وتكتيك اللعبات المختلفة فحسب ، بل أصبحت تشمل ايضا المنشآت الرياضية والأدوات والاجهزة التى تستخدم فى ممارسة تلك الرياضة .

وتشكل المنشآت الرياضية والأدوات والأجهزة التى تستخدم فيها ، فى الوقت الحاضر ، الدعامة الأساسية التى تقوم عليها النهضة الرياضية ، والتى تساهم فى رفع مستوى ممارستها ، نظرا لتنوعها وتعدد متطلباتها ، سواء من حيث الموقع أو التصميم أو الانشاء أو الادارة أو الصيانة .

ويلاحظ من الاحصاءات المتاحة ، ان عدد الملاعب لجميع أنواع الألعاب فى مصر يبلغ نحو ٥٦١١ ملعبا ، فى سنة ١٩٧٧ ، منها ١٩٨٨ لكرة القدم ، و٧٤٦ لكرة السلة ، و١٨٠٨ للكرة الطائرة ، و٤٤٣ لكرة اليد ، و١٥٤ للملاكمة ، و٧٠ حماما للسباحة ، بالاضافة الى ٤٠١ ملعب لالعاب رياضية اخرى مختلفة . ولم يحدث تغير كبير فى هذا الرقم فى السنوات الماضية . وبالرغم من أن نسبة عدد هذه المنشآت الرياضية ، للالعاب المختلفة لايتناسب مع عدد السكان ، اذا ما قورنت بالكثير من الدول الاخرى ، فانه يلاحظ أن معظم هذه المنشآت لا يتفق فى تصميمه مع الأصول الفنية والقواعد والاشتراطات الدولية المتعارف عليها ، حتى باتت تلك المنشآت قاصرة عن اداء رسالتها على الوجه الأكمل .

ويرجع السبب فى ذلك الى مشاكل عامة ومشاكل أخرى فنية وادارية يتلخص أهمها فيما يأتى :

أولا : المشاكل العامة :

– عدم توافر الأراضى المتاحة لاقامة المنشآت عليها ، بالمحافظات المختلفة .

– عدم وجود مكاتب هندسية او شركات مقاولات متخصصة فى انشاء المنشآت الرياضية .

– عدم توافر الاعتمادات اللازمة لاقامة تلك المنشآت ولادارتها وصيانتها ، أو لتزويدها بالأجهزة والأدوات الضرورية .

ثانيا : مشاكل فنية وادارية :

– عدم التزام المنشآت الرياضية ، لمختلف انواع الرياضة ، بالقواعد والاشتراطات الهندسية الحديثة ، من ناحية الأطوال والمساحات وغيرها .

– النقص الواضح فى الأجهزة والأدوات الرياضية المتطورة ، فى هذه المنشآت .

– عدم الاستخدام الأمثل للأجهزة والأدوات الموجودة .

– عدم تزويد المنشآت الرياضية بالأجهزة الالكترونية والكهربائية الحديثة ، لتسهيل مهمة اللاعبين والاداريين والحكام والجمهور .

– عدم وجود جهة متخصصة لمتابعة آخر التطورات أو التعديلات ، بالنسبة لمقاييس وأحجام الملاعب والمنشآت الرياضية ولتطبيقها على المنشآت القائمة ، لتحقيق الأهداف المرجوة منها .

– تعدد أجهزة الصيانة والاشراف الفنى على المنشآت الرياضية .

– ضرورة وجود جهاز وظيفى كامل للاشراف على كل منشأة ، الأمر الذى يكلف الدولة اعتمادات باهظة للصرف على العاملين فى تلك الأجهــزة .

ولقد حان الوقت للاهتمام باقامة المنشآت الرياضية على أحدث النظم والقواعد المتعارف عليها عالميا وأن تطور المنشآت القائمة لتتوافق مع تلك النظم والقوانين ، حتى يمكن للممارسين للالعاب الرياضية المختلفة اللحاق بركب التطور الحضارى فى هذا المجال ، وتحقيق الأهداف التى تسعى الدولة الى تحقيقها .

من أجل ذلك يقترح انشاء هيئة خاصة مستقلة للمنشآت الرياضية ، لجمهورية مصر العربية – يكون الغرض منها : وضع السياسة العامة لهذه المنشآت بالنسبة للتنظيم والانشاء والاشراف والادارة والصيانة والتمويل ، وغيرها ، بما يكفل لهذه المنشآت تأدية رسالتها فى خدمة أفراد المجتمع ، بمختلف فئاته وأعماره .

ويناط بهذه الهيئة الاهتمام بما يأتى :

– وضع خطة اقامة المنشآت الرياضية الجديدة بانحاء الجمهورية ، حسب الاحتياجات وكثافة السكان ، ووفقا لما تستلزمه خدمة قطاع البطولة ، وقطاع القاعدة الشعبية العريضة للمجتمع .

– تحديد أولويات اقامة المنشآت الرياضية الجديدة ، بالنسبة للنوعيات المختلفة من الالعاب الرياضية ، ومدى احتياجات المحافظات المختلفة منها .

– اقتراح اسلوب ادارتها والتنسيق بين الجهات التابعة لها .

– وضع اسس قواعد التصميمات والرسومات اللازمة لاقامة تلك المنشآت ، ووفقا لأحدث النظم والأصول الهندسية والفنية .

– تشجيع انشاء المكاتب الهندسية وشركات المقاولات المتخصصة فى تصميم وتنفيذ المنشآت الرياضية .

– وضع خطة متكاملة للصيانة الفنية والدورية للمنشآت القائمة ، والمنشآت التى تقام فى المستقبل ، وتحديد احتياجاتها من الأجهزة والأدوات الرياضية اللازمة لها ، وأفضل الطرق لاستخدامها .

– نشر أحدث التطورات والنظريات والأبحاث والتعديلات المتعلقة بالملاعب الرياضية والأجهزة المستخدمة فيها .

– اجراء الدراسات الخاصة بكيفية وطرق تمويل واقامة المنشآت الرياضية الجديدة ، وتطوير وصيانة المنشآت القائمة أو تعديلها أو تجديدها وتحديد الجهات التى تتولى عملية التمويل بصفة أساسية ، ودور التمويل الذاتى واقتراح توزيع الاعتمادات المخصصة من المصادر المختلفة على تلك المنشآت ، وفقا لاحتياجاتها .

سياسة إعداد القادة في اطار الاستراتيجية القومية للشباب

تعتبر رعاية الشباب مهمة تربوية وحيوية لبناء المجتمع ، لما تستهدفه من تنمية العنصر البشرى الذى يعتبر أهم عناصر الانتاج والتنمية . اذ يمثل الشباب ذروة الطاقة البشرية الفعالة ، فى مختلف المجالات ، لتميز هذه المرحلة العمرية بالنشاط ، والقدرة على التفاعل ، والتأثير والتأثر .

والمدخل الطبيعى لنجاح هذه المهمة هو : التخطيط السليم لإعداد قادة الشباب ، حيث يتركز التطوير المنشود فى تطوير القيادة ، التى هى القوة الدافعة المحركة ، ويكمن نجاحها فى القدرة على التوجيه بأسلوب مناسب ، يساعد على كسب الولاء والتعاون نحو تحقيق هدف مرسوم .

ولما كان تطور القيادة مرتبطا بتطور المجتمع ، وبسلوك القائد فى المواقف المختلفة ، فان القيادات تحتاج ، بصفة دائمة ، الى ما يأتى :

– تحديث دائم للمعارف والمهارات ، والتزود بما يطرأ فى ميادين العمل مع الشباب من نمو وتطور فى طرق وأساليب العمل ، وبرامج الأنشطة المختلفة .

– اتاحة فرص التبادل الفعال فى الخبرات والآراء – بين قادة الشباب – على كافة المستويات : المحلية والقومية والدولية .

دعامات القيادة الصالحة :

يستمد القائد فاعليته من الجماعة ذاتها ، حين تشعر بحاجتها اليه ، ويختلف وضعه ، فى ذلك ، عن « الرئيس » الذى يعتمد فى استجابة « المرؤوسين » على السلطة المخولة له ، نتيجة مباشرته لوظيفته . ومن ثم تتحقق القيادة الصالحة والفعالة للشباب ، بتوافر الدعامات الأساسية الآتية :

– الخصائص والقدرات والاستعدادات اللازمة لممارسة القيادة ، سواء منها ما هو تكوينى ، أو ما يصقله التعليم والتدريب .

– برامج ملائمة للتدريب ، لتزويد المرشحين بالمهارات والمعلومات والاتجاهات اللازمة لممارسة القيادة بكفاية وقدرة . ويدخل فى ذلك برامج الصقل التى تقام بين آونة واخرى للاتصال بكل جديد مستحدث .

– الامكانات المادية التى تتيح للقائد سهولة العمل لتحقيق فعالياته الى أقصى حد ممكن ، وتتمثل هذه الامكانات فى الأبنية والادوات وغيرها .

– مستوى ملائم من الطمأنينة يتيح للقائد صفاء فكريا منطلقا لعطاء ناجح ، وذلك بتجنيبه عوامل القلق الناجمة من تعقيدات الروتين الوظيفى والادارى .

الوضع الراهن لقادة الشباب :

تزخر مصر بأعداد كبيرة من القادة المؤهلين تأهيلا أساسيا مناسبا ، الى جانب بعض امكانات الإعداد المثمر الناجح ، مما يمثل اساسا صالحا لمزيد من التقدم فى فن القيادة ، فكرا ومهارة ، ولا ترجع مظاهر القصور الى القادة أنفسهم ، بل ترجع – فى الدرجة الأولى – الى عدم الاستخدام الأمثل للامكانات ، بما يحقق الفائدة المنشودة منها .

بعض مظاهر القصور :

وترتبط بكثير من العوامل المتصلة بالمؤسسات والامكانات والمعاهد والخطط والبرامج والوسائل ، وكذلك بالجو الاجتماعى والاقتصادى

والقيمى والحضارى ، الذى يظلل المجتمع .

وتخلص أهم هذه الظواهر فيما يأتى :

نقص الامكانات المادية :

ولا يقتصر النقص فى الامكانات على المدارس بمختلف مستوياتها بل يمتد الى معاهد التدريب المتخصصة ، ومراكز الشباب فى مواقعها المختلفة ، والمؤسسات التى تخدم الشباب فى مختلف المجالات .

وبالرجوع الى البيانات الاحصائية عن المؤسسات الشبابية (والمرفقة بهذا التقرير) ، يتضح ان عدد مراكز الشباب فى المدن والقرى – وهى أكبر التجمعات الشبابية عددا وأكثرها انتشارا – يبلغ نحو ٢٦٤٠ مركزا ، ومن ثم تشكل اكثر من ثلاثة أضعاف المؤسسات الشبابية الاخرى ، مثل الاندية الرياضية ونزل الشباب وبيوت الشباب ومعسكرات الشباب ومعسكرات الكشافة والمرشدات .

وتعانى هذه المراكز – بالاضافة الى النقص فى القيادات الشبابية المتخصصة – من نقص الامكانات المادية المتمثلة فى قصور الاعتمادات المخصصة للانفاق على تلك المراكز ، إذ ان ادارتها تعتمد فقط على الموارد المخصصة لها فى ميزانية الدولة . الأمر الذى ينعكس بدوره على امكانات النهوض بهذه المراكز ، سواء من ناحية صيانة ونظافة مبانيها ، أو من ناحية تزويدها بالادوات والمهمات اللازمة لممارسة الأنشطة فيها ، أو من ناحية تزويدها بالقيادات المناسبة والمؤهلة ، أو تطوير القيادات العامله فيها حاليا .

التقييم الأدبى والاجتماعى للمهنة :

تعزف كثير من العناصر الشبابية المتميزة عن اتخاذ « قيادة الشباب » مهنة أساسية ، ويرجع ذلك الى أن هذه المهنة لم تستوف بعد الوضع الأدبى الذى تحظى به مهن أخرى كالطب والهندسة والمحاماة ، وغيرها ، والتى تحدد التشريعات مواصفات خاصة لممارستها ، تحيطها بكثير من الضمانات بينما توجد كثير من المهن لا تمتع بالضمانات الكافية ومنها مهنة المدرب الرياضى ، ومدربى الأنشطة الأخرى التى يترك بابها مفتوحا ، دون ضوابط أو شروط أو ضمانات .

نقص أعداد القيادات المؤهلة :

وقد ترتب على الوضع المادى والأدبى والاجتماعى لهذه المهنة ، نقص شديد فى عدد العاملين بها ، بالتالى عدم استكمال المؤسسات الرسمية والأهلية للتخصصات القيادية ، برغم حاجتها العملية اليها .

ويلاحظ ذلك فى معظم المؤسسات الشبابية ، وفى مقدمتها مراكز الشباب، وخاصة بالنسبة للقيادات النسائية ، التى تتناسب مع طبيعة العمل بتلك المراكز .

ولا يقتصر نقص القيادات المؤهلة على القيادات المتخصصة فقط ، بل يمتد ليشمل القيادات الاشرافية والادارية المتطوعة والمنتخبة .اذ أصبحت المؤسسات الشبابية الأهلية تعانى نقصا حادا فى هذا النوع من القيادات . ويرجع ذلك الى انصراف الشباب عن المشاركة التطوعية لأسباب عدة ، وأهمها : عدم تأهيلهم للقيام بمثل هذه المهام فى الوقت المناسب ، أو انشغالهم باهتمامات أخرى مستحدثة ،أو غياب الدافع للبذل والعطاء بدون مقابل ، أو لاختفاء القيادات التى يمكن ان يلتمس فيها الشباب القدوة الصالحة .

أما بالنسبة للمؤسسات الشبابية الحكومية ، فى قطاع التعليم والجامعات ، فقد لوحظ أن مشكلة القيادات فيها أكثر حدة ، اذ تقدر احتياجاته بأكثر من ستة آلاف قائد من خريجى كليات التربية ، الذين يتم تكليفهم للعمل فى هذا القطاع . وبفرض أن هذا العدد يمكن توفيره فى السنوات العشر القادمة ، الا أنه يلاحظ – وفقا للاحصائيات المتاحة – أن ٥٠٪ من هؤلاء الخريجين يعزفون عن العمل فى وزارةالتربية والتعليم أو الجامعات والمعاهد المختلفة ، وأن معظمهم يتجه للعمل بالدول العربية .

قصور التدريب :

ويتمثل هذا القصور فى عدم التوازن بالنسبة لكثير من المهارات التى تحتاج الى إعداد وتدريب . اذ لايشتمل على النوعيات المتكاملة للأنشطة . وذلك أن « اللعبة الرياضية » يشارك فى قياداتها فريق وليس فردا بذاته ، فهناك ، بالاضافة الى المدرب ، الحكم والادارى . ويتحقق التوازن فى تدريبهم جميعا ، بالنظرة العلمية للعلاقات القائمة بين هذه العناصر الثلاثة ، فلا يمكن التركيز فقط على المدرب ، وانما يشمل الادارى الذى يتطلب عمله خبرة فى التنظيم والادارة ، كما يعتمد تكوين الحكم على الإعداد النظرى والعلمى من القوانين واللوائح الرياضية .

ومن ناحية اخرى ، يكون التوازن فى الخلفية العامة التى ينبغى ان تتوافر لهم جميعا ، بحيث تحقق وضوح أساليب التعامل بينهم وسهولتـــه .

ملامح استراتيجية
اعداد قادة الشباب

أولا القيادات المستهدفة :

يشمل مفهوم القيادة كل مسئول عن التأثير فى اتجاهات وقدرات ومهارات واخلاقيات الناشئة والشباب ، بطريق مباشر أو غير مباشر ، فيضم : الآباء والامهات داخل الاسرة ، والمدرسين والاساتذة فى مختلف المدارس والمعاهد والجامعات ، والقيادات العاملة فى شتى المؤسسات والاندية الاجتماعية والرياضية ، وكذلك رؤساء العمل فى مختلف المواقع ووسائل الاعلام المختلفة من اذاعة مرئية ومسموعة ، ومن الصحف والمجلات وغيرها . اذ ان قادة هذه الهيئات جميعا لهم تأثير فى توجيه الناشئة والشباب .

غير أن هذه الاستراتيجية لن تمتد الى كل هؤلاء ، وانما سيكون تركيزها على القادة الذين يتولون الانشطة التربوية للشباب داخل مؤسسات رعاية الشباب .

وتتمثل هذه القيادات فى عدد من المواقع أبرزها :

. مراكز الشباب فى القرى والمدن .

. الاندية الرياضية .

. معاهد التربية الرياضية ومعاهد الخدمة الاجتماعية .

. المدارس والمعاهد والجامعات .

.المؤسسات الشبابية الأهلية ، من جمعيات واتحادات وأندية (العاملون فيها من مديرين ومدربين وحكام وقيادات تطوعية منتخبة) .

. مراكز وادارات البحوث فى مجال رعاية الشباب .

نوعيات القيادات المستهدفة :

– القيادات المهنية :

وهى قيادات ذات تأهيل للعمل المباشر مع الشباب ، ويتم اختيارها من بين خريجى الكليات والمعاهد التالية :

. كليات التربية المتخصصة والفنية .

. كليات التربية الرياضية .

. كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية .

. كليات ومعاهد التربية الفنية .

– القيادات التطوعية :

وهى القيادات التى لديها الخبرة والاستعداد للعطاء خارج مجالها المهنى ، مثل :

. أعضاء مجالس ادارة الهيئات الشبابية .

. مشرفو الهوايات والأنشطة الشبابية .

– القيادات الطبيعية من الشباب أنفسهم :

وهى القيادات التى لديها استعداد لمعاونة القيادات المهنية أو المتطوعة ، من أجل تحقيق أهداف الجماعة ، مثل :

رؤساء الفرق والجماعات ، فى الكشافة والمرشدات ، وغيرها من الجامعات الشبابية .

ثانيا : اجراءات تنفيذ الاستراتيجية :

وفى سبيل وضع استراتيجية اعداد القادة وتدريبهم ، يقترح ما يلـــى :

– تحديد الخصائص الذاتية النفسية والصحية والاجتماعية التى تشكل الركيزة الأساسية للعمل القيادى وأهمها : توافر سمات الشخصية القيادية ، والاستعداد للتعامل مع الشباب ، وبذل الجهد والوقت فى سبيل تحقيق الأهداف التربوية التى يسعى اليها المجتمع . بالاضافة الى التميز بحسن الخلق وسعة الصدر ، وغيرها من القيم والصفات الأساسية اللازمة لمثل هذا العمل .

– تحديد واضح للخبرات والمعلومات التى ينبغى ان يكتسبها الفرد ليصبح قادرا على قيادة الشباب .

– تصميم نموذج يمكن بمقتضاه حصر جميع القادة العاملين حاليا فى مختلف المجالات ، ويتضمن هذا النموذج :

. وصفا دقيقا للعمل الذى يؤديه .

. مدة ممارسته العمل القيادى .

. المؤهلات الحاصل عليها .

. المؤهلات الفنية ، مصحوبة بالمواد التى درسها ، وعدد ساعات الدراسة لكل مادة .

– تصميم برامج للتدريب النظرى والعملى من وحدات فرعية أو مـــواد .

وفى ضوء الحصر والتصنيف يتم التعرف على العناصر التى يمكن ان تتاح لها فرصة الدراسة والتدريب .

معهد اعداد وتدريب قيادات الشباب :

ويستدعى نجاح الاستراتيجية المقترحة ، النظر فى انشاء معهد خاص لتدريب القيادات الشبابية التى تنطبق عليها المواصفات المشار اليها .

ويكون هدف المعهد المقترح : إعداد قيادات الشباب الصالحة للعمل فى كافة المؤسسات الشبابية ، الحكومية منها والأهلية ، والعمل على تحقيق التكامل والتعاون بين القيادات فى المؤسسات الشبابية المختلفة . وذلك الى جانب تنمية وصقل وتطوير وتحديث امكانات وخبرات ومهارات القيادات العاملة فى حقل الشباب ، وبصفة مستمرة ، والعمل على رفع مستواها القيادى ، سواء على الصعيد المحلى أو على الصعيد الدولى .

ولا يشترط أن يتلقى العامل أو الخريج الذى سيلتحق بالمعهد كل المواد التى تدرس به ، بل يقتصر على المواد التى يرى المركز (بعد فحص مؤهلاته وما درسه) أنه فى حاجة اليها . وبذلك تكون دراسات المعهد مواد منفصلة يوجه كل الى ما يحتاجه فعلا منها . وبالتالى فان فترات الدراسة اللازمة لتأهيل الخريج سوف تختلف من حالة الى أخـــرى .

المزايا المقترحة لخريجى معهد إعداد قيادات الشباب :

وتشجيعا لالتحاق القيادات المطلوب إعدادها وتدريبها بهذا المعهد أو فروعه ، ينبغى تأمين حد مناسب من المواد لخريجيه ، تكفل لهم الحياة المستقرة ، حتى يمكنهم التفرغ لاداء مهمتهم ذات الطبيعة المتميزة .

ويمكن ان يتم ذلك عن طريق منحهم بدل طبيعة عمل مجز ، بعد تخرجهم ، مع احتساب مدة دراستهم فى المعهد ضمن مدة خدمتهم العملية . بالاضافة الى أى ميزات أخرى تقررها لوائح الجهات أو الهيئات التى سيلحقون للعمل بها .

هذا ، مع تقرير حافز اضافى للذين سيلحقون للعمل فى غير محافظاتهم الأصلية أو بالمناطق النائية .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات ، وما أبدى من آراء ، انتهى المجلس الى التوصيات الآتية :

* ضرورة تحديد الخصائص الذاتية والنفسية والصحية والاجتماعية

بيانات احصائية عن المؤسسات الشبابية فى « جمهورية مصر العربية »

المحافظة	الاندية الرياضية	بيوت الشباب	مراكز الشباب		معسكرات الشباب	معسكرات الكشافة	نـــزل الشباب
			المـــدن	القـــرى			
الاسكندرية	١٦١	١	١١	١	١	١	١
القليوبية	١٧	–	١٣	١٥٠	–	٣	٣
المنوفية	٣٠	–	١٠	٢٢٣	–	–	٣
الغربية	١٨	١	١	١٦١	–	١	٣
كفر الشيخ	١٦	–	٥	١٣٥	–	١	١
الدقهلية	٣٦	–	٦	٣٤٢	٢	١	٣
الشرقية	٢٧	–	١٢	٣٠٢	١	١	–
دمياط	١١	–	٥	٥٨	١	–	١
السويس	١٣	١	٤	٦	١	١	٢
الاسماعيلية	٢٨	١	٦	٣٨	١	١	٢
بور سعيد	٢٠	١	٤	١	٢	١	٢
البحيرة	٢١	١	١٦	١٨٧	١	–	٣
مرسى مطروح	١٦	١	–	٣	١٢	١	–
سيناء الشمالية	٥	–	٣	٩	١	١	٢
سيناء الجنوبية	٣	١	٣	٤	–	–	٢
القاهرة	١٠١	١	٣٢	–	١	٤	٣
الجيزة	٤٦	–	١١	١٣٨	–	١	–
الفيوم	٥	١	٦	٨٠	١	١	٣
بنى سويف	١٧	–	٩	١٠١	–	١	–
المنيا	٢٠	–	٩	٩٦	–	١	–
اسيوط	١٥	١	١٠	٥٧	–	١	١٠
سوهاج	٢٢	١	٦	٧١	١	–	٤
قنا	٢٣	١	٦	١٢٢	١	١	٤
أسوان	١٨	١	٩	٩٢	٣	١	–
البحر الاحمر	١٣	–	٤	٨	٣	٣	٣
الوادى الجديد	٣	–	١	٣٧	–	٢	٢
الجملة الكلية	٧١٥	١٤	٢١٣	٢٤٢٧	٣٢	٢٩	٦٠

× المجلس الاعلى للشباب والرياضة سنة ١٩٨٣

والتى تشكل الركيزة الأساسية للعمل القيادى تحديدا دقيقا . والقيام بتصميم نموذج يمكن بمقتضاه حصر جميع القادة العاملين فى مجال الشباب والرياضة وذلك على ضوء ما تقدم .

أجراء حصر شامل لاحتياجات الهيئات الشبابية ، فى مصر ، من القيادات المختلفة وفق نوعياتها ومؤهلاتها وخبراتها ، والمواقع التى تعمل بها . ويمكن أن يقوم المجلس الاعلى للشباب والرياضة بهذه المهنة ، بالتعاون مع الهيئات الحكومية المعنية ، مثل : وزارة التعليم والجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء ، والهيئات الاهلية العامة فى مجال الشباب والرياضة .

* النظر فى أنشاء معهد لاعداد وتدريب قيادات الشبابية ، تكون مهمته :

. اعداد قيادات الشباب الصالحة للعمل فى كافة المؤسسات الشبابية المختلفة .

. تنمية وصقل وتطوير وتحديث امكانات وخبرات ومهارات القيادات العاملة فى حقل الشباب ، ورفع مستواها القيادى ، مع النظر فى أن تلتزم المؤسسات الشبابية – الحكومية أو الأهلية – بقصر وظائف القيادات الشبابية المختلفة بها على حاملى شهادة « قائد شباب » من خريجى هذا المعهد ، عند انشائه .

* تطوير برامج الدراسة فى معاهد وكليات التربية الرياضية والاجتماعية والفنية ، لتتواءم مع متطلبات قيادات الشباب التى تحتاج اليها البلاد .

ضرورة تشجيع العمل فى مجال القيادات الشبابية ، وذلك بتقرير حوافز مجزية مادية وأدبية للعاملين بها ، سواء فى المؤسسات الحكومية أو الاهلية . مع تهيئة وسائل الاستقرار لشاغلى هذه الوظائف ، سواء اثنا ء الخدمة أو بعد التقاعد .

النهوض بحركة الكشافة والمرشدات

تناول المجلس بالدراسة حركة الكشافة والمرشدات ، كحركة رائدة تطبيقية للمشاركة الايجابية فى اطار الاستراتيجية القومية للشباب ، وللمساهمة فى القضاء على الظواهر السلبية التى اتسم بها ، فى الوقت الحاضر ، بعض افراد المجتمع ، والتى تتضح فى عدة جوانب من أهمهـا :

. انخفاض مستوى الانتاجية بسبب الرغبة فى الأخذ دون العطاء .

. ضعف الثقافة العامة والتحصيل العلمى .

. انخفاض مستوى الالتزام والانضباط .

. السلبية واللامبالاة فى التصدى للمشكلات .

. ضعف مستوى الانتماء للأسرة مما يضعف الانتماء للوطن .

. انخفاض المستوى الصحى بسبب سوء التغذية .

أهداف الحركة الكشفية :

انطلاقا من الاستراتيجية القومية للشباب – والتى تستهدف العمل على تنشئه متكاملة لمواجهة ما يقع عليه من مسئوليات وتبعات فى الحياة بحلول نابعة من ايمانه القوى بربه ووطنه ، والتى تساعد على إعداده كمواطن متكامل ، لديه من القدرات والمهارات والخبرات ما يهيئ له فـــرص خدمة مجتمعه بشكل صادق مبنى على الاخلاص والعمل البناء

– تعتبر حركة الكشافة والمرشدات بأهدافها ، وبرامجها المتطورة ، ووسائلها ، وقياداتها التربوية ، ميدانا خصبا لتحقيق أهداف هذه الاستراتيجية .

فالحركة الكشفية حركة شبابية تربوية تستهدف مساعدة الفتية والفتيات على النمو المتكامل جسما وعقلا وروحا وسلوكا ، فضلا عن انها حركة تطوعية عالمية تزداد نموا فى مختلف أنحاء العالم ، حتى لقد بلغ عدد الاعضاء الذين ينتمون لهذه الحركة ما يزيد على ستة عشر مليونا من مائة وخمسين دولة فى أنحاء العالم المختلفة .

كما تستهدف هذه الحركة اكساب الفرد الخبرات المختلفة التى تساعده على النمو وتعديل سلوكه بما يتناسب والحاجات القومية والاجتماعية للمجتمع ، فى ظل حياة ديمقراطية سليمة من خلال الممارسة العملية للمناهج والانشطة والخبرات التى تتمشى مع ميول وقدرات الافراد الجسمية والعقلية ، وذلك فى مراحل النمو المختلفة ، بدءا من السابعة (الاشبال والزهرات) ، ومن الحادية عشرة (الكشافة والمرشدات) ومن الرابعة عشرة (الكشاف المتقدم والمرشدة المتقدمـــــة) ، ومن السابعة عشرة (الجوال والجوالة) .

وتتحقق أهداف الحركة الكشفية من خلال :

– اتاحة الفرص للمشترك بالحركة للشعور بالسعادة والمخاطرة من خلال البرامج الكشفية الخلوية الموجهة والتى تتسم بالأمان .

– الاسهام فى تعديل السلوك الاجتماعى للفرد بما يتوافق واشتراكه فى حياة الجماعة ، وذلك عن طريق تعميق الاحساس بقيمة كل فرد فى المجتمع ، وضرورة اشتراكه الايجابى فى تقديم الخدمات للجماعة ، وتعميق الاحساس بحسن فهم الجماعة والمسئولية نحوها .

– الاسهام فى تطوير الاحساس بالألفة مع حياة الطبيعة ومدى اعتماد الفرد على ظواهرها فى تسيير حياته ، وذلك من خلال استغلال البيئة ومصادرها فى حل مشكلات الفرد اليومية وتنمية قدرته على اكتساب المهارات الكشفية .

– المساعدة فى تطوير مفهوم الحياة الصحية السليمة وذلك بتأكيد العادات الصحية اليومية فى المعسكرات بمختلف انواعها ، واكتساب صفات القوة والتحمل بجانب مختلف القدرات الحركية التى تتيحها برامج الانشطة الرياضية فى مناهج الحركة وبرامجها .

– تعميق مفاهيم الفرد للقيم الروحية من خلال برامـــج التربية الدينية .

– تنمية المهارات والمعارف التى تسهم فى اسعاد الفرد والترويح عن نفسه فى سنوات عمره المتقدمة من خلال اكتسابه للكثير من المهارات التى يمكن استغلالها فى وقت الفراغ .

وفى ضوء ما سبق ، وباعتبار ان هذه الحركة تطوعية تبدأ مع الفتية والفتيات من سن الطفولة وحتى إعدادهم كقيادات صالحة فى مختلف المجالات ، يمكن القول بان حركة الكشافة والمرشدات حركة تربوية اساسية متكاملة ، تحقق جميع اهداف الحركات الشبابية من خلال التطبيق العملى لقوانينها ومبادئها وآدابها التى تؤكد على ما يلى :

– اكتساب العادات السلوكية القويمة والتى تتمثل فى طاعة الله والولاء للوطن والتحلى بالصفات الحميدة ، من : أمانة وصدق وطاعة واحترام وخدمة الغير ، وذلك من خلال إنجاز الوعد الذى يرتبط به الكشاف او المرشدة والذى يعتمد على شرفه فى بذل الجهد ، واداء ما يجب عليه نحو الله والوطن ومساعدة الغير والعمل بقانـــون الكشافـــــة (والمرشدات) ، الذى يحوى أمهات الفضائل – ممثلة فى احدى عشرة صيغة – التى يجب ان يتحلى بها الناشئ لتجعل منه مواطنا على خلق سوى وسلوك قويم .

– اكتشاف الاسلوب الديمقراطى من خلال العمل فى مجموعات صغيرة تحت قيادة أحد افرادها ، وبإشراف وتوجيه قائد الفرقة ، فالعمل فى حركة الكشافة والمرشدات يقوم على تقسيم الفرقة الى مجموعات صغيرة الاقسام ، ويعتبر كل قسم وحدة عمل فى الالعاب والمنافسات والانتاج اليدوى والمهارات الكشفية ، يبذل فيه كل فرد اقصى طاقاته ، منكرا لذاته فى سبيل رفع مستوى القسم . لذلك يعتبر هذا النظام فرصة لتدريب القائد على توزيع المسئولية على رؤساء الجماعات الصغيرة فى الفرقة والذين يتبادل معهم الرأى فى مجلس الشورى بالنسبة للاشبال والزهرات ، ومجلس الشرف للكشافة والمرشدات ، ومجلس الادارة للجوال والجوالة ، ويناقش القائد فى هذه المجالس جميع انشطة الفرقة وخططها المستقبلية ، وبذلك يتعود الجميع

على أساليب النقاش واحترام آراء الغد ، والقدرة على التخطيط والدقة فى توزيع الأعمال ، وتحمل المسئولية ، الى جانب تشجيع العمل الجيد وشجب العمل غير المرضى ، فى أسلوب ديمقراطى سليم .

– ومن القائمة التالية يتضح مدى اسهام حركة الكشافة والمرشدات فى إعداد القيادات المبكرة ، فى المراحل المتدرجة للفرد والمجموعات ، علما بأن لكل من الفرق المختلفة والمجموعات الكشفية قائدا ومساعد قائد : وان تدرج الفرق يتم كالآتى :

أ– فرقة الاشبال أو الزهرات : وتتكون من ١٨ أو ٢٤ فردا .

ب – فرقة الكشافة أو المرشدات : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

جـ – فرقة الكشاف المتقدم أو المرشدة المتقدمة : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

د– فرقة الجوالة أو الجوالات : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

وان اجمالى عدد الفرق والقادة والافراد فى جمهورية مصر العربية من واقع اخر احصاء بالسجلات بالجمعيات المركزية الاربع هو :

البيان	عدد الفرق	عدد القادة	جملة الافراد
الكشافة	٥٩١٨	٧٠٦٢	١١٢٠٠٣
المرشدات	٤٠٦٠	٤٠٦٠	١٠٧٣٢٤

– اكتساب خبرات علمية لمهارات تتناسب مع استعدادات الافراد ، وذلك من خلال الممارسة العملية لمهارات متنوعة وخدمات مفيدة للمجتمع ، يختارها الكشاف والمرشدة كل وفق ميوله من بين الهوايات التى تعتبر جزءا أساسيا ضمن برامج الحركة ، ومن هذه الهوايات : الفنية – الثقافة العلمية – الخدمات العامة – الرياضية – الزراعية – حياة الخـــلاء – وهوايات أخرى عامة .

– اكتساب وتطوير الصفات التى تؤهل المشترك بالحركة للقيادة الصالحة ، من خلال تطبيق البرامج المتنوعة فى المعسكرات المختلفة والحياة فى الخلاء ، وما يترتب على ذلك من اكتساب صفات الثقة بالنفس والاعتماد عليها وحب العمل مع الجماعة وانكار الذات وتنمية العلاقات الطيبة مع الجميع واحترام آراء الغير والقدرة على اتخاذ القرارات السليمة .

– اكتساب الخبرات والمهارات والسلوكيات من خلال ممارسة البرامج المتدرجة لحركة الكشافة والمرشدات ، والتى تتضمن الانشطة المتعددة والمناسبة لكل مرحلة نمو سنية وعقلية ، وتؤهل الفرد ليكون عضوا نافعا فى مجتمعه يحبه ويسعى لرفعته .

وتتسم البرامج الكشفية والارشادية بالمرونة بحيث تتلاءم مع حاجات الشباب واتجاهاتهم وميولهم ، فضلا عن احتياجات المجتمع الذى يعيشون فيه ، بجانب تدريبهم على تحمل المسئولية فى المجتمعات : المحلية والقومية والدولية ، والتركيز على التفاهم والتعاون الدولى .

وتقوم برامج الحركة الكشفية والارشادية على التدرج الى المراحل التالية وفقا للسن :

. الشبل أو الزهرة .

. الكشاف أو المرشدة .

. الكشاف المتقدم أو المرشدة المتقدمة .

. الجوال أو الجوالة .

وتتدرج كل من المراحل السابقة وفقا للخبرة الكشفية والمستوى الفنى الى

. مبتدئ .

. درجة ثانية .

. درجة أولى .

ويضاف الى ما سبق أن برامج الحركة تناسب مختلف الأفراد : الأسوياء والمعوقين ، بل وذوى المهارات والاستعداد الخاص لممارسة انشطة محببة اليهم ليفوزوا بالاوسمة التى تعطى عادة لمن يجتاز بتفوق محتويات مناهجها الموضوعة ، بما تتيحه لهم من فرص للتعرف الصادق على قدراتهم ومهاراتهم .

وتمتاز برامج الحركة بكونها تستطيع أن تساهم مع أى هيئة تعليمية أو مؤسسة شبابية أو وحدة انتاجية فى تنفيذ احتياجاتها ، طالما وفرت الهيئة لها امكانات التدريب الكشفى والممارسة العملية للنشاطات المتعددة التى تتناسب مع احتياجات البيئة ، مما يساعد على تنمية المجتمعات المحلية ، ورفع مستوى دخل الفرد .

– ويمكن انشاء الفرق الكشفية والارشادية بمدارس التعليم العام ، وبالكليات الجامعية والمعاهد ، وبمراكز وأندية الشباب ، والمؤسسات

عدد الفرق والقادة والافراد المسجلين
بالجمعيات الكشفية الثلاث عام ٨٢ / ١٩٨٣

الجمعية / المرحلة الكشفية	فتيـــان الكشافـــة			الكشافـــة الجويـــة			الكشافـــة البحريـــة		
	عدد الفرق	القادة	جملة الافراد	عدد الفرق	القادة	جملة الافراد	عدد الفرق	القادة	جملة الافراد
أشبـــال ٧ – ١١ سنة	٩٤٨	١٢٥١	٨١٥٦	١٦١١	١٦٤٠	٣١٩٤٤	٦٩٢	٦٩٢	١٣٥٥٠
كشـــاف فوق ١١ – ١٤ سنة	٤٦٤	٥٨٠	٩٧٠١	٥١٢	٧٥٠	١١٩٩٤	٣٢٤	٣٢٤	٧٢٨٠
كشاف متقـــدم فوق ١٤ – ١٧ سنة	٢٥٨	٣٨٠	٥٣٠٣	٣٩٩	٥٣١	٧٨٥٢	٢٠٠	٢٠٠	٣٩٧٥
جـــوال فوق ١٧ – ٢١ سنة أو يزيـــد	٢٤٩	٣٩٨	٦٢٥٧	١٤٥	٢٠٠	٣٧٠٥	١١٦	١١٦	٢٢٨٦
اجمالى العدد	١٩١٩	٢٦٠٩	٢٩٤١٧	٢٦٦٧	٣١٢١	٥٥٤٩٥	١٣٣٢	١٣٣٢	٢٧٠٩١

اجمالى عدد الفرق : ١٩١٩ + ٢٦٦٧ + ١٣٣٢ = ٥٩١٨
اجمالى عدد القادة : ٢٦٠٩ + ٢١٢١ + ١٣٣٢ = ٧٠٦٢
اجمالى عدد الافراد : ٢٩٤١٧ + ٥٥٤٦٥ + ٢٧٠٩١ = ١١٢٠٠٣

عدد الفـرق والقادة والفتيات المسجلات

بفروع جمعية المرشدات عام ٨٤ / ١٩٨٥

الرحلـــــــة	عدد الفـرق	القـــادة	جملـة الفتيات
زهــــــــرات	٢٤١٦	١٤١٦	٥٦٤٩٦
مرشـــــــدات	١٣٤٦	١٣٤٦	٤٣٩١٦
جوالـــــــة	٢٩٨	٢٩٨	٦٩١٢
اجمالى العـدد	٤٠٦٠	٤٠٦٠	١٠٧٣٢٤

الانتاجية .

وفيما يلي توضيح لعدد هذه الجهات ، طبقا لبيانات عام ١٩٨٣/٨٢ :

مدارس التعليم العام	١٥٣٨٣
الكليات الجامعية والمعاهد	٢٢٠
مراكز الشباب	٢٦٣٠
أندية شباب	٧٢٥
هيئات اجتماعية بها شباب	٢٢٠٠ من اجمالي ٥٢٠٠ هيئة اجتماعية
مؤسسات انتاجية	٦٢
اجمالي العدد	٣١٢٢٠ جهة

– وفيما يلي جدولان يوضحان عدد الفرق والقادة والأفراد المسجلين بالجمعيات الكشفية ، وكذلك بفروع جمعية المرشدات ، مع تحليل لما جاء بهما ، لاستخلاص الحقائق التي تساعد على اقتراح التوصيات المبنية على دراسة أيجابية للواقع :

وتشير دراسات المجلس ومناقشاته الى الحقائق التالية :

– اجمالي عدد الفرق في المراحل المختلفة لكل من الجمعيات الكشفية الثلاث وجمعية المرشدات يقل عن اجمالي عدد المؤسسات التعليمية والشبابية والانتاجية والأندية ، وغيرها ، والتي يتراوح عددها بما يزيد على ٢١٢٢٠٠ مؤسسة منتشرة في انحاء الجمهورية .

– قلة عدد قادة الفرق اللازمين لادارتها والذي يجب ألا يقل عن قائد ومساعد قائد لكل فرقة ، فلا يوجد أكثر من ١٥٢ فرقة بها قائد ومساعد من بين مجموع فرق الكشافة والمرشدات وقدره ٩٩٧٨ فرقة أي أقل من الثمن ، مع قلة عدد الأفراد المنضمين للفرقة الواحدة ويتراوح ما بين ١٨ –٢١ بدلا من ٢٤ – ٣٢ مما يجعل التنافس في الانشطة المتعددة بين الجماعات الصغيرة (الاقسام) غير واضح الأثر ، هذا ومع زيادة متوسط عدد أفراد الفرقة الواحدة الى ٢٨ فقط (أي أربعة أقسام على الأقل) يصبح إجمالي عدد أفراد الكشافة والمرشدات ٢٧٩٣٨٤ بدلا من ٢١٩٣١٧ ، خاصة وأن إجمالي هذا العدد في ذاته يعتبر ضئيلا اذا قيس بعدد البنين في المرحلة السنية (من ٦ : ٢٣ سنـة) والذي يربو على ١٣.٠٠٠.٠٠٠ فرد .

– ان اكثر من ٩٥٪ من مجموع الفرق المسجلة بالجمعيات الكشفية والارشادية تعتبر فرقا مقيدة ، تقيد مسئولياتها هيئات لا تخضع لقانون الهيئات الشبابية ولا للائحة التنظيمية لاتحاد الكشافة والمرشدات الذي يعتبر طبقا للقانون هو الهيئة الوحيدة المسئولة عن نشر الحركة وتنظيمهـا ، مما قد يجعل الاشراف على الحركة داخل الدور التعليمية والمؤسسات الانتاجية ، مثلا ، أمرا ليس بالسهل . ومن طبيعة هذه الفرق المقيدة انها لا تستطيع اعطاء الحرية لقادة الجماعات من الفتية للعمل وفق ما يرونه مع تحمل مسئولية التنفيذ ، اذ يشاركهم في المسئولية عادة – الهيئات التي ينتسبون اليها ، الامر الذي قد يقلل الاستفادة المرجوة من نظام الاقسام .

علاوة على أن مثل هذه الفرق وبخاصة المدرسية منها ، تكون مقيدة في نشاطاتها واجتماعاتهـا بزمن محدد بجزء من السنة الدراسية ، وعادة تبدأ في شهر اكتوبر وتنتهي في آخر مارس (أي ستة شهور على الاكثر) ، ونحن نعلم ان التربية وتكوين العادات عملية مستمرة ، ومع ذلك فمن الأهمية أن يكون واضحا أن لنشر حركة الكشافة والمرشدات في دور العلم أهميتها القصوى ، فيكفي أن يكون هناك جماعة مدرسية أساس تعاليمها ومبادئها أن يعتاد النشء منذ الصغر الاخلاص في العمل ، واداء الواجب والتحلي بالقيم الواردة في قانون الكشافة والمرشدات ، والعمل لارضاء الله ولصالح الوطن وخدمة الآخرين ، تنفيذا لبنود وعد الكشافة والمرشدات ، وان تعتبر هذه الفرق المدرسية الاساس الاول لاكتشاف استعداد الفتية ومواهبهم ، واكتساب المهارات التي تساعدهم على خدمة المجتمع المدرسي ، بل والمجتمعات المحيطة بايجابية وفاعلية ، وأن تحبب اليهم حركة الكشافة بحيث يسعون لتكوين مجموعات كشفية وارشادية أهلية في الاحياء ومراكز الشباب والهيئات الشبابية الاخرى . ذلك أن مناهج الكشافة ومبادئها تساعد دور العلم على سد النقص الذي قد يعترض تكوين النشء وتربيته واكتساب العديد من فروع المعرفة عن طريق التجربة الشخصية لا التلقين .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وما دار حوله من مناقشات ومع تقدير الامكانات المتوفرة بالمجتمع ، ولكي تحقق حركة الكشافة والمرشدات اهدافها من

خلال المشاركة الايجابية فى استراتيجية الشباب عام ٢٠٠٠ - يوصى بما يلى :

أولا : فى مجال إعداد القادة :

* اعتبار حياة الخلاء اساسية فى معاهد إعداد المعلمين والمعلمات ، وكليات التربية وإعداد القادة ، وان يحضر الطالب خلال مدة الدراسة معسكرين على الأقل مدة كل منهما لاتقل عن عشرة ايام ، يدرب خلالها على أساليب العمل فى هذه الحياة ، وعلى البرامج العملية التى يحتاجها لتعينه وتساعده على تفهم المعسكرات وفوائدها ، والاحساس بالسعادة .

* ان تتضمن البرامج العملية :

- ممارسة المناهج الكشفية واسسها ومبادئها فى زمن لا يقل عن ١٤ ساعة فى كل معسكر ، باجمالى ٢٨ ساعة قبل التخرج ، يتعرف خلالها الطالب على جميع مناهج حركة الكشافة او المرشدات فى مراحلها المختلفة وبممارسة البرامج العملية لها .

- الالمام بفكرة واضحة عن الهوايات الكشفية المتعددة ، واسلوب تشجيع الفتية على الاهتمام بها مع الممارسة العملية لبعض هذه الهوايات طبقا لقدرات وميول كل فرد .

- التطبيق العملى لنظام الطلائع (الاقسام) فى اثناء العمل فى المخيمات ليتعود المشتركون هذا النظام الذى يعتبر من أهم الاسس فى التربية الكشفية .

- تنفيذ مشروع أو أكثر لأى مجال من مجالات الخدمة العامة على أن تعطى الجماعة الصغيرة (القسم) الفرصة لدراسة احتياجات البيئـة ، والتخطيط لتنفيذ مجال من هذه الاحتياجات بعد التدريب على المهارة التى تساعد على التنفيذ .

انشاء فرقة جوالة او جوالات داخل كل مدرسة أو معهد أو كلية ، قوام كل منها لا يقل عن ٣١ جوالا أو جوالة (اربع عشائر) .

ثانيا : فيما يختص بتدبير الامكانات :

* الاستفادة من مراكز الشباب المنتشرة بانحاء الجمهورية والبالغ عددها ٢٦٣٠ مركزا و ٧٢٥ ناديا ، طبقا لاحصاء المجلس الأعلى للشباب والرياضة ، بعد تزويدها بأدوات التدريب اللازمة للتطبيق فى المجالات العملية والفنية والثقافية والرياضية والمهارات الكشفية والارشادية بجانب الادوات اللازمة لحياة الخلاء ، علما بان منها ما يقرب من ٨٠٠ مركز مطور ومجهز بالأدوات ، تصلح لأن تكون مراكز تدريب للهوايات الكشفية والارشادية التى تتمشى وفلسفة تنمية المجتمع ، كأعمال السباكة والكهرباء ، والنجارة ، والطلاء ، والزراعة والصناعات الزراعية ، واشغال الابرة ، والاطفاء ، والخدمات الصحية ، ومحو الامية وغيرها ، وذلك من خلال انشاء مجموعات كشفية وارشادية بالمراكز والاندية تضم المراحل المتدرجة :

شبل وزهره - كشاف ومرشدة - جوال وجوالة ، حيث تعطى الفرصة للقيادة المبكرة فى مختلف المراحل التدريبية على البرامج الكشفية والارشادية المختلفة .

* انشاء وتجهيز مراكز للتدريب على أنشطة وفنون وهوايات حركة الكشافة والمرشدات أسوة بمراكز الفنون الشعبية .

* اختيار بعض المدارس الكبيرة التى بها امكانات تصلح لتكون مراكز للتدريب الكشفى او الارشادى الدائم لمجموعة من المدارس المجاورة بعد امدادها بالادوات المطلوبة ، وان يستمر عمل هذه المراكز طوال العام .

* الاستفادة من المعسكرات الشبابية القائمة ، وعددها ٥٤ معسكرا دائما (طبقا لاحصاء المجلس الاعلى للشباب والرياضة) ، والعمل على استكمالها وتجهيزها بالادوات اللازمة ، بما يسمح بممارسة النشاط الكشفى والارشادى الخلوى بها . مع انشاء معسكرات دائمة بالمحافظات والمدن الجديدة التى تحتاج الى جهود الشباب لاستكمال خدماتها وتعميرها .

* الاستفادة من أبنية الجمعيات والنقابات والاندية الخاصة وغيرها ، فى ممارسة الانشطة الرياضية المختلفة ، طبقا لما تسمح به طبيعة هذه الابنية والامكانات بها ، وذلك فى غير أوقات العمل الرسمى بها .

ثالثا : فى مجال التنظيم والنشاط :

* الاهتمام بتكوين مجموعات كشفية فى كل من مراكز الشباب والمدارس المختارة والاندية كمراكز اشعاع حتى تكتمل التربية القيادية الكشفية .

* ايجاد ادارة تنظيمية لمتابعة تنفيذ حركة الكشافة والمرشدات فى

المدارس بمراحلها المختلفة ، وفى الجامعات .

* توجيه شعار الكشافة والمرشدات (كن مستعدا - كونى مستعدة) الى عمل مثمر وذلك بتهيئة الفرصة للكشاف والمرشدة للمساهمة فى المشروعات القومية والمحلية الواردة فى خطة الدولة ، بالاشتراك فى الخدمات والمشروعات التى تستهدف تنمية المجتمع وحماية البيئة مثل : مشروعات النظافة وتنظيم الاسرة ، وتمهيد واستكمال الطرق والكبارى واعمال التشجير وجمع المحاصيل وتنظيم المرور .

* تشجيع التنافس بين الفرق المختلفة باقامة المسابقات الدورية فيما يتصل بالنشاط الكشفى كإعداد حقيبة للاسعاف . مع اقامة معارض محلية وقومية ، والاشتراك فى مشروعات الخدمة العامة وانشطة الحركة ، وكذلك تخصيص كأس لأفضل فرقة سواء على مستوى المحافظة أو مستوى الجمهورية .

* تشجيع اقامة المهرجانات الكشفية والارشادية فى المناسبات القومية سواء على المستوى المحلى او القومى ، وتبادل الزيارات ، وتنظيم المؤتمرات القومية للحركة بما يتمشى مع نمو المجتمع المصرى ، وكذلك الاشتراك فى المؤتمرات واللجان العالمية والعربية والفنية للوقوف على أحدث النظريات والتطورات الخاصة بالمناهج والانشطة .

رابعا : فيما يختص بالحوافز :

* تخفيض نصاب قائد او قائدة فرقة الكشافة او المرشدات بما يوازى ساعتين فى النصاب القانونى للمدرس نظير اشرافه وتطبيقه للحركة .

* تحقيق رغبات القائد او القائدة فى النقل .

* تفضيل القائم بتنفيذ حركة الكشافة والمرشدات عند الترقية وعند الاختيار لحضور المؤتمرات والدراسات والتجمعات والندوات الدولية والعربية والقومية .

* منح الأوسمة الكشفية والارشادية وفقا لقدرات وايجابية القائد فى نشر الحركة .

* اعفاء القائم بتنفيذ الحركة من سداد مقابل الاشتراك فى جميع الانشطة التى تنظمها الهيئات والمؤسسات ، كلما أمكن ذلك .

* اعفاء القائمين باعمال القيادة فى حركة الكشف والارشاد من الخريجين من الخدمة العامة .

خامسا : توصيات عامة :

* النظر فى اعفاء ادوات التدريب والخيام اللازمة لحركة الكشافة والمرشدات من الرسوم الجمركية أو تخفيضها ، لتتاح بأسعار مناسبة ، مع تسهيل الاجراءات الجمركية بالنسبة لهذه الادوات .

* ان تتولى أجهزة الاعلام وخاصة الحكومية ابراز نشاط الشباب التطوعى فى حركة الكشافة والمرشدات وما تهدف اليه من ايجابيات .

* أن يعهد بتنفيذ هذه التوصيات إلى المجلس الأعلى للشباب والرياضة بالاشتراك مع أجهزة وزارة التعليم والجامعات ، والتنسيق بينها فى هذا الخصوص .

* الاهتمام بتبادل الزيارات الشبابية بين مصر وبلدان العالم المختلفة ، وتسهيل عملية الاتصالات الدولية فى هذا الخصوص بما يتيح للشباب المصرى تبادل الخبرات مع غيره من شباب العالم والالمام بالثقافات الأجنبية .

التحكيم فى المنازعات الرياضية

أصبحت الرياضة فى المجتمعات الحضارية من أهم الوسائل فعالية لتحقيق التنمية الاخلاقية والتربوية للانسان ، وتأكيدا لأهمية الرياضة وأهدافها التربوية عمدت دول العالم الى تشجيع أبنائها على ممارسة الرياضة بأنواعها المختلفة وخصصت للانفاق على تنشيطها ونشرها شطرا كبيرا من موازناتها .

وأصبح للرياضة والمهتمين بها داخل كل دولة مجتمعا ذا طبيعة خاصة ، مثل المجتمع الفنى أو الاقتصادى أو التجارى أو العلمى . ومجتمع الرياضة تسود بين جماعته أصلا المثل العليا ومبادئ الاخلاق القومية كالاخلاص والمحبة والايثار والتضحية والمنافسة الشريفة والقدوة الحسنة .

الا أنه لوحظ فى السنوات الأخيرة أن المنازعات والخلافات تثور بين الحين والآخر بين أفراد هذا المجتمع وبين هؤلاء والمسئولين عن الاشراف عليهم أو على تنظيمهم ، حتى انها اصبحت تشكل ظاهرة مؤسفة ، والأمثلة على ذلك كثيرة . ولقد ترتب على انتشار المنازعات وعدم التصدى لها فى الوقت المناسب بطريقة تجعلها محدودة ومحصورة فى المحيط الرياضى ، ان انتقل معظمها إلى ساحة القضاء لحسمها والبت فيها ، فزادت بالتالى من الاعباء الجسيمة الملقاة على عاتق الجهاز القضائى .

ولا شك أن هذا التدهور الذى حدث فى السلوك الرياضى وما آلت اليه الأوضاع فى هذا المحيط قد أخذ يزعج ويقلق قادة الشباب وكل غيور على مستقبله ومستقبل أبنائه . وكان لابد أن يتصدى المجلس لهذا الموضوع بالدراسة والعمل على ارساء قواعد السلوك الحميد الذى يجب أن يسود المجتمع الرياضى ، واتخاذ المبادرة باقتراح ما يحقق ذلك ، فى ضوء الاعتبارات التالية :

– زيادة عدد المنازعات فى الحقل الرياضى زيادة ملحوظة فى السنوات الأخيرة مما يؤدى الى تشويه سمعة المجتمع الرياضى المصرى فى الداخل وفى الخارج .

– زيادة عدد القضايا المرفوعة أمام المحاكم والتى تتناول المنازعات الرياضية وبالتالى زيادة العبء على جهاز التقاضى المصرى وضرورة الاسهام فى التخفيف من هذا العبء .

– احياء المبادئ الاخلاقية الاساسية للتنافس الرياضى الشريف من أجل النهوض بالوعى والخلق الرياضى بين جماهير المشجعين للفرق الرياضية ، وكذلك تعميق الروح الرياضية السامية بين أفراد الفرق المتنافسة .

– ارساء أصول وقواعد المعاملات السليمة بين العاملين فى الحقل الرياضى سواء كانوا من الحكام أو المدربين أو المسئولين عن التدريب أو التنظيم أو الادارة ، وبين هؤلاء والأجهزة المعنية رسمية كانت أو غير رسمية .

وحسما لهذه الأمور يقترح المجلس انشاء هيئة للتحكيم الرياضى ، استرشادا بالهيئة الدولية للتحكيم الرياضى ، والتى تم انشاؤها فى يونيو سنة ١٩٨٤ بمدينة لوزان بسويسرا بغرض النظر فى المنازعات الرياضية التى تثور على المستوى الدولى .

والهيئة المقترحة ذات طبيعة خاصة وتختص بالمنازعات التى تنشأ نتيجة ممارسة الانشطة الرياضية المحلية والتى تنظمها الاتحادات الرياضية الاهلية سواء كانت اتحادات أوليمبية أو غير أوليمبية ، والتى ترفع اليها من هذه الاتحادات أو مناطقها أو من الاندية الرياضية التابعة لها أو من أى شخص طبيعى أو اعتبارى يكون له علاقة بموضوع النزاع وتتم احالة النزاع الى الهيئة بمقتضى اتفاق تحكيم خاص « مشارطة تحكيم » .

وتتولى الهيئة بصفة خاصة ما يلى :

– التحكيم فى حالات النزاع التى ترفع من أوضد أحد الاتحادات الرياضية أو مناطقها أو أحد الاندية الرياضية أو من أى شخص طبيعى أو معنوى له علاقة بموضوع النزاع وذلك بالنسبة للمسائل والموضوعات المتعلقة بالانشطة الرياضية وخاصة التى لم ينص عليها فى أى من الانظمة الاساسية للاتحادات الرياضية أو فروعها .

– التحكيم فى المسائل أو الموضوعات التى تتعلق بالمنازعات المالية التى قد تنشأ بين الاطراف المشار اليهم نتيجة لممارسة الانشطة الرياضية وتلك التى تتعلق بالمصالح المالية لأى منها .

وتتكون الهيئة من أعضاء يتم اختيارهم من بين الاشخاص ذوى الخبرة الطويلة والكفاءة فى مجال الرياضة ، ويفضل من كانت له دراية قانونية .

وتجرى احالة المنازعات الرياضية الى الهيئة المقترحة بموافقة أطراف النزاع وتتم اجراءات الاحالة والفصل فى المنازعات والطعن فى قرارات التحكيم طبقا لأحكام قانون المرافعات المدنية والتجارية .

الاطار العام لبرنامج قومى للعمل مع الشباب

حول المفاهيم ومدلولاتها :

تعتبر ميادين التنمية البشرية من أكثر ميادين التنمية حاجة الى قيام وحدة فكر ورؤية بين سائر العناصر المشاركة فى هذا العمل .

وفى العمل مع الشباب هناك مجموعة أساسية من المفاهيم يحتم التخطيط لهذا العمل وسلامة مساراته أن يكون هناك وضوح فى الرؤية لمعانيها ومدلولاتها وفيما يلى عرض لموجزها :

- مفهوم الشباب : لم يعد مفهوم الشباب يشير الى مرحلة سنية يحتاج فيها الفرد الى مجموعة من الخدمات التى تعده للمستقبل ، بل اتسع هذا المفهوم فى نظرية الشباب ليعنى « فترة من حياة الانسان » ، وان حددها المجتمع الدولى ، لأسباب عملية واحصائية ، بعشر سنوات ، تقع بين الخامسة عشرة والرابعة والعشرين من العمر ، وهى مرحلة تتميز بمجموعة من الخصائص تجعلها أهم فترات الحياة وأخصبها ، وأكثرها صلاحية للتجاوب مع المتغيرات السريعة والمتلاحقة التى يمر بها المجتمع الانسانى المعاصر .

ويعتبر الأخذ بالتحديد الدولى لمرحلة الشباب ، توحيدا وتحديدا للشريحة العمرية المستهدفة عند التخطيط للعمل الشبابى ، وتيسيرا لتبادل المعلومات والبيانات مع دول العالم ، وتناسقا مع التقسيم لشرائح السن المعمول به فى عمليات الاحصاء والتعداد .

وعلى هذا الأساس ينبغى النظر فى مرحلة الشباب على أنها تتضمن فئتين من فئات العمر : الأولى من ١٥-١٩ سنة ، وهى فئة يقترب أفرادها من قمة النضج ، وهم قادرون فى الوقت نفسه على الاسهام بفاعلية فى الجهود المبذولة للتنمية . والثانية من ٢٠ - ٢٤ سنة وهى فئة استكمل افرادها الكثير من المقومات التى تجعلهم قادرين على الاسهام الفعال فى شتى ميادين التنمية ، وكذلك على الممارسة الناضجة لحقوق الراشدين والالتزام الواعى بواجباتهم ، ومن ثم فيتعين العمل على ادماجهم فى المجتمع ، دون تفرقة أو تمييز لهم أو عليهم .

- مفهوم العمل مع الشباب : يتبلور مفهوم العمل مع الشباب فى مجموعة من « الأبعاد » يأتى فى مقدمتها :

البعد الأول : بعد تربوى يستهدف إعداد الشباب وتوفير كل ما يمكنه من تحقيق نمو متوازن (بدنيا - عقليا - نفسيا - روحيا - اجتماعيا) يمهد لهم الطريق نحو الانتقال الى المراحل التالية وهم مزودون بأكبر قدر ممكن من المعارف والمهارات والخبرات ، وكذلك بالقيم الروحية والأخلاقية الصالحة .

البعد الثانى : بعد انمائى يستهدف تنمية القدرات الذاتية للشباب ، ليصبحوا قادرين على النمو والتطور النابع من الذات ، والذى يحركهم ويدفعهم تلقائيا نحو الاسهام فى شتى مجالات التنمية القومية .

البعد الثالث : بعد اجتماعى يستهدف تعبئة الشباب وتنظيم طاقاتهم وامكاناتهم وتوفير المجالات والمنطلقات التى يستطيعون من خلالها القيام بدور فعال فى بناء مجتمعاتهم المحلية والنهوض بها .

دعائم العمل مع الشباب :

ينبغى أن يكون العمل مع الشباب ترجمة صادقة ومستوعبة لمجموعة من الحقائق العلمية الأساسية التى يمكن اجمال أهمها فيما يلى :

الحقيقة الأولى : هى أن الانسان كائن اجتماعى ينمى خصائصه الانسانية خلال تفاعله مع البيئة أو المجتمع الذى يعيش فيه . وعلى قدر ما يوفره المجتمع لشبابه من أوضاع صالحة للنمو ، وعلى قدر ما

يستخدم مع النشء والشباب من أساليب تربوية سليمة - يتوقف نوع مواطن الغد .

الحقيقة الثانية : هى أن الانسان ، بخصائصه وصفاته ، قابل للتغير فى أى سن ولكن كلما كان صغيرا كان تغيره أعمق وأشمل وأيسر . ومن ثم تبرز أهمية مساعدة الشباب على التغير دائما نحو الأفضل ، باكتساب خصائص جديدة ، تجعلهم أكثر قدرة على تغيير مجتمعهم والنهوض به .

الحقيقة الثالثة : أن وسائل إحداث التغييرات المنشودة فى الشباب هى الجماعات التى ينتمى اليها ، والقادرة على اشباع حاجاته الحيوية وكذلك الأنشطة المختلفة التى توفر له فرص مزاولتها ليمارس عمليا السلوكيات التى تدعوه لمارستها وليتمى من خلال تحديات هذه الممارسة خبراته ومعارفه ومهاراته ، ويتبنى من خلال استمتاعه بانجازاته فى ميادين الخير العام القيم والاتجاهات التى تطالبه بتبنيها .

الحقيقة الرابعة : أن الانسان كائن اجتماعى ، يتعلم ويكتسب خصائصه الانسانية وأنماط سلوكه من خلال التجارب التى يشارك فى صنعها ، ويعيشها مع غيره من الأهل والأصدقاء والزملاء . ومن ثم يتحتم توفير الفرص الكاملة لكل شاب ليسهم بذاتيته ورغبته فى صنع تجارب حياته ، بدءا من المشاركة فى اتخاذ القرار الى التخطيط ثم التنفيذ ، ثم تقديم النتائج والافادة من الخطأ والصواب .

الحقيقة الخامسة : أن الجماعات والمؤسسات الشبابية التى لا تشبع حاجات حيوية للشباب ، تكون غير قادرة على التأثير فيه وتوجيه سلوكياته ، ويكون انتماؤهم اليها وممارستهم لأنشطتها مجرد شكل ، دون أثر جوهر أو مضمون ، ودون أثر ملموس .

المبادئ العامة الأساسية فى العمل مع الشباب :

ان العمل مع الشباب ، لكى يتحقق له القدر الكافى من الفاعلية والتأثير ، لابد أن يلتزم المسئولون عنه ، من واضعى السياسات والمخططين والمنفذين ، بمجموعة من المبادئ العامة الأساسية التى يمكن عرض أهمها فيما يلى :

- النظرة التقديرية لقطاعات الشباب المختلفة . فان لكل منها ظروفه وأوضاعه ومشكلاته وحاجاته الخاصة . ومن ثم يتعين - مع النظرة العامة لفئة الشباب - ألا تعالج أمورهم معالجة عامة أو موحدة قد تناسب فئة دون الفئات الأخرى .

- تكامل العملية التربوية أو التنموية للشباب ، فلا تكون هناك أنواع منفصلة من التربية (ثقافية - دينية - اجتماعية - رياضة - فنية وغيرها) بل يجب أن يتضمن أى برنامج شبابى هذه المكونات فى تكامل منسق ، مستهدفا غاية واحدة مشتركة ، هى التنشئة والتنمية المتكاملة .

- الاهتمام ببناء القاعدة العريضة فى العمل الشبابى ، دون الاكتفاء بالصفوة المحدودة من المتفوقين والموهوبين . بحيث تخطط برامج الشباب لتكون ممارسة الأنشطة كلها ميسورة للجميع ، حتى يمكن تحقيق التوازن فى نمو الشباب ، أولا ، مع الاكتشاف المستمر للمواهب الكامنة وتعهدها وتنميتها .

- القيادة ليست استعدادا فطريا فقط يتميز به أفراد من الشباب دون الآخرين بل هى سمات مكتسبة من تجارب وممارسات قيادية تتيحها أوضاع وظروف بعض الأفراد دون الآخرين . ومن ثم يتعين اتاحة الفرص لكل الشباب لممارسة واكتساب خصائصها ومهارتها ، بحيث يتم إعداد وتدريب هذا النوع من القيادات الشبابية من خلال الممارسة العملية لأدوارها القيادية فى الجماعات التى تنتمى اليها ، مع قدر مناسب من التوجيه والمعاونة من الرواد العاملين مع الشباب فى مواقعه المختلفة .

- أن الأنشطة الشبابية يجب أن تكون وسيلة وليست غاية ، ومن ثم فان الاهتمام بالارتقاء بمستويات الشباب فى أدائها انما يستهدف تعويده على الاتقان والاجادة فى أداء عمل آخر ، دون أن ينصب العقاب والثواب على الكسب أو الخسارة ، حتى لا يؤدى ذلك الى اكتساب اخلاقيات لا تناسب المواطن الصالح .

- أن ترتبط برامج وأنشطة الشباب بما تقوم به المدرسة والأسرة ودور القيادة والمجتمع المحلى . فكل المؤسسات التربوية تمثل سلسلة متكاملة الحلقات .

- أن البرامج الشبابية الحالية تخطط وتوضع للشباب ، بينما ينبغى أن توضع معهم وبهم ، تحقيقا لتطلعهم الى التعبير عن انفسهم ، من خلال أنشطة تكون من اختيارهم وتخطيطهم وتنظيمهم .

– أن الكثير من برامج الشباب القائمة تخطط دون دراسة حقيقية لحاجات الشباب ومشكلاته ، الأمر الذى جعل هذه البرامج عاجزة عن الاستجابة الفعالة لحاجات الشباب الحيوية والاستمرار فى التعامل معهم . ومن ثم فان دراسة وتقدير حاجات الشباب ومشكلاته ، بصورة مستمرة ودورية ، تعتبر من المبادئ الأساسية التى يجب أن يتم على ضوئها تخطيط البرامج والمشروعات الشبابية .

استراتيجية العمل مع الشباب

السياسة العامة :

السياسة العامة للعمل مع الشباب ، فى مفهومها العام ، هى المرجع السياسى والقومى الذى يجب اعتماده ليوجه العمل فى هذا الميدان الذى تتحمل مسئوليته وتقوم به وزارات والتوجيهات العامة التى يتحتم التزام العمل الشبابى بالتحرك فى نطاقها ، تناسقا وتكاملا مع حركة البنيان الاجتماعى كله ، واتباعا للنظام العام الذى تسير وفقه مؤسسات الدولة جميعها .

ومن هذا المنطلق ، فان النقاط التالية تمثل بعض المكونات الرئيسية لهذه السياسة ، على أن يستمر العمل على تطويرها واستكمالها ، مع ما تقتضيه تطورات واستحداثات العمل مع الشباب :

– العمل مع الشباب من الأعمال التنموية التى تستهدف زيادة فاعلية مشاركة الشباب فى التنمية القومية الشاملة . ومن ثم يجب أن يحتل هذا العمل أولوية متقدمة بين استثمارات تنمية الموارد البشرية فى الدولة .

– يعتبر الشباب ، خصوصا الشريحة الناضجة منه (مرحلة السن من ٢٠ – ٢٤ سنة) قوة خلاقة وشريكا كاملا فى صنع القرارات ، وفى التخطيط للتنمية وتحمل تبعاتها ومسئولياتها . ويستدعى هذا أن يتوفر لهم تمثيلا أوسع فى مجالس الحكم المحلى ومجالس ادارة التعاونيات والجمعيات الأهلية .

– الشباب هم اصحاب المصلحة فيما يخطط لهم من برامج ومشروعات . ومن ثم ينبغى ان يتوفر لهم تمثيل مناسب فى المجالس والهيئات واللجان التى تخطط للشباب ومجالس الكليات والجامعات . مع مزيد من الصلاحيات فى الادارة الذاتية لمؤسساتهم وأنديتهم ومراكزهـــم .

– للشباب حاجات حيوية هامة ، خاصة الشباب الذين أنهوا تعليمهـــم ، وفى مقدمتها : مسكن مناسب لتكوين أسرة ، وعمل يحقق لهم مكانة محترمة فى المجتمع ويوفر لهم دخلا يتناسب مع ارتفاع تكاليف المعيشـــة ، وفرص لتحقيق الذات واثبات القدرة على المشاركة الفعالة فى الشئون العامة وصنع القرارات . ومن ثم يتعين أن تولى خطط العمل مع الشباب اهتماما خاصا باشباع هذه الحاجات الحيوية .

– أن يتم ، من خلال خطط وبرامج العمل مع الشباب ، تحقيق التوافق بين اشباع حاجات الشباب من جانب وحاجات المجتمع من جانب آخر ، بحيث يتحقق نوع من التحالف بين كلا النوعين من الحاجات ، بما يؤدى الى تنمية الولاء والحرص على المصلحة العامة .

– الاهتمام بتأصيل الممارسات الديمقراطية ، فكرا وعملا ، على كافة المستويات الاجتماعية ، بدءا من الأسرة والمدرسة والجامعة وموقع العمل والمجتمع المحلى ، الى المستوى السياسى القومى ، وكذلك العمل على ازالة المعوقات التى تحد من ممارسة الشباب لحقوقه وواجباته السياسية ، وتيسير اجراءات القيد بالجداول الانتخابية .

– أن تعطى أهمية خاصة للتنمية الفعالة والعاجلة للشباب فى القطاعات الشبابية الأكثر حاجة ، كالشباب الريفى ، والشباب غير المتعلم ، والشباب المعاق ، والشابات .

– اعطاء أولوية خاصة للقضاء على المشكلات التى يواجهها الشبــاب ، وفى مقدمتها الأمية وخطر المخدرات ، وغير ذلك من العوامل التى تعرض للانحراف ، واستصدار التشريعات التى تكفل الحماية للشباب .

– العمل مع الشباب مسئولية عامة ومشتركة بين عدد كبير من الوزارات والهيئات الحكومية والأهلية ، الأمر الذى يقتضى زيادة فاعلية المشاركة والتعاون والتنسيق بين هذه الجهات ، لتحقيق أهداف هذا

العمـــل .

استراتيجية العمل :

وعلى ضوء السياسة العامة للعمل الشبابى تتبلور لهذا العمل أربعة أهداف رئيسية هى :

– معاونة الشباب على اكتساب قيم جديدة تتيح لهم القدرة على تغيير ما قد يكون لحق بنفوسهم وأفكارهم من مظاهر أحدثتها ظروف وأوضاع مختلفة فى الحقبة الماضية .

– الارتفاع بمستوى الشباب وتأهيلهم لتحمل تبعات المستقبل ، وذلك بالتنشئة الصحيحة التى تكفل لهم فرص النمو السليم بدنيا ونفسيا واجتماعيا وفكريا وعلميا ، حتى يتمكنوا من المشاركة فى بناء مجتمعنا الحديث على أسس التقدم العلمى ، مع الحفاظ على قيمه العريقة .

– تعبئة طاقات الشباب وتنظيم الافادة منها على جميع المستويات ، بما فى ذلك جهوده التطوعية فى المجالات المناسبة ، على أساس الاقتناع بأن العيش فى كنف الوطن والتمتع بخيراته يستدعى أن نوفيه بعض حقه بالتطوع لخدمة المجموع .

– تحقيق الالتقاء البناء بين مجتمع الكبار بخبراته ومجتمع الشباب بطاقاته وامكاناته ، وذلك عن طريق اشراك من يمكن اعدادهم من الشباب فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية التى تتولاها اجهزة الدولة .

ويقتضى تحقيق هذه الأهداف أن تتحرك استراتيجية العمل الشبابى على أربعة محاور أساسية ، يمكن عرضها على النحو التالى :

– محور علاجى ، يتجه نحو التخطيط لعلاج جذرى لأهم المشكلات المعاصرة التى يعانى منها الشباب ، والتى تحد من فاعلية مشاركته فى التنمية القومية .

– محور وقائى ، يتجه نحو تخطيط البرامج والمشروعات التى تستهدف تحسين الأوضاع المجتمعية وتوفير الامكانات لقيام الشباب بممارسة أنشطتهم الحرة فى المجالات الرياضية والثقافية والاجتماعية بتوجيه ريادات شبابية واعية وقادرة ، تحميه من الانحراف وتبعده عن التعرض لدواعيه .

– محور تنموى ، يتجه نحو تدريب الشباب والعمل على اكسابه معارف دائمة التجدد ، ومهارات متقدمة واتجاهات وقيم صالحة ، بما يؤدى الى تمكين كل شاب من تحقيق ذاته والشعور بالرضا ، والحصول على تقدير من ينتمى اليهم لشخصه ولما يؤديه من أعمال .

– محور قومى ، يتجه نحو العمل على ادماج الشباب فى التنمية المحلية والقومية ، والمشاركة الفعالة والبناءة فى العمل السياسى والعمل الاجتماعى التطوعى ، وغيرهما من مجالات العمل الوطنى .

وتعتمد استراتيجية العمل مع الشباب ، فى تحركها ، على استخدام ثلاث وسائل هى :

– برامج فعالة فى المجالات الرياضية والثقافية والخدمة العامة والاقتصادية .

– رواد للشباب على مستوى عال من الكفاءة والمقدرة مع تميزهم بالصلاحية التامة ليكونوا القدوة الصالحة التى يمكن ان يألفها ويميل اليها الشباب ، والتى يمكن ان يستمدوا منها المثل والقيم والمبادئ .

– حركة شبابية منظمة ، تستطيع أن تجتذب الشباب وتتيح له فرص تكوين جماعاته الاختيارية التى يمكن أن تكون أداة تنمية الشباب .

حاجات الشباب وقطاعاته المختلفة

الحاجات العامة للشباب :

الحاجة مفهوم يشير الى أحد مستلزمات النمو التى يتحتم اشباعها ليسير هذا النمو ، بدنيا واجتماعيا ونفسيا ، فى طريقه الطبيعى السليـم . واشباع الحاجات الانسانية ، بوجه عام ، يجب أن يتم بالصورة التى تكفل سلامة النمو واطراده ، بحيث يكون الاشباع متوازنا ومحسوبا .

وبوجه عام يمكن تصنيف الحاجات الحيوية للشباب فى أربع مجموعات متميزة ، مع الأخذ فى الاعتبار أن بعض الحاجات ، التى قد

تندرج تحت مجموعة من المجموعات الأربع يمكن أن تندرج أيضا تحت مجموعة أخرى ، نظرا لما يحققه من اشباع لحاجات متزامنة .

المجموعة الأولى :

ويمكن أن يطلق عليها الحاجات البدنية ومنها : الحاجة الى الغذاء والكساء والمأوى ، والحاجة الى التدريب والتنمية البدنية ، والحاجة الى الراحة ، والحاجة الى الشفاء من الأمراض والوقاية منها ، والحاجة الى الحماية من أدواء العصر التى تفتك بصحة الشباب وتقتل الروح المعنوية والطموح .

المجموعة الثانية :

وهى ما يمكن ان يطلق عليها الحاجات النفسية ومنها : الحاجة الى الانتماء والحاجة الى المحبة ، والحاجة الى تحقيق الذات ، والحاجة الى التحرر من الخوف ، والحاجة الى حرية التعبير عن النفس ، والحاجة الى النجاح فى الانجاز والثقة بالنفس ، والحاجة الى الأمن ، والحاجة الى القبول والتقدير .

المجموعة الثالثة :

وهى ما يمكن اعتباره حاجات اجتماعية ومنها : الحاجة الى مكانة اجتماعية معترف بها ، والحاجة الى المعاملة العادلة والمساواة فى الحقوق والواجبات ، والحاجة الى الصداقة والحاجة الى الارشاد والتوجيه بعيدا عن أساليب الوصاية أو الحجر على الحق فى اتخاذ القرار أو على الاقل المشاركة فيه ، والحاجة الى تكوين أسرة ، والحاجة الى مزيد من فرص المشاركة الأساسية فى قطاعات الحياة الهامة فى المجتمع ، وأخيرا حاجة كل الشباب الى استثمار أوقاتهم الحرة فى شتى أنواع النشاط الترويحى التى تنمى امكاناتهم فى ممارسة الرياضة واكتساب المهارات فى الآداب والفنون والموسيقى .

المجموعة الرابعة :

وهى ما يمكن أن يعتبر حاجات تعليمية ، ومن بين هذه الحاجات : الحاجة الى التزود المتجدد بالمعرفة ، والحاجة الى تنمية المهارات والسلوكيات اللازمة للتعامل الناجح مع المواقف المختلفة ، ثم الحاجة الى اكتساب مجموعة القيم والاتجاهات التى تجعل من الشاب مواطنا صالحا .

قطاعات الشباب والحاجات المتاحة لكل قطاع :

رغم التجانس فى الكثير من الصفات العامة بين شباب المجتمع ، الا أنه لابد من تصنيفهم الى قطاعات ذات ظروف وأوضاع أكثر تجانسا ، حتى يمكن عن طريق دراسة هذه الظروف وتقديرها إيجاد المداخل التى تناسب كل قطاع وتتصل اتصالا مباشرا باهتماماته وحاجاته . وبصفة مبدئية يمكن التعريف بهذه القطاعات على النحو التالى :

الشباب الريفى :

هو أكبر قطاعات الشباب حجما فى المجتمع المصرى ، اذ ان نسبة السكان الريفيين فى مصر الى مجموع سكانها تصل الى ٥٥٪ ، وبالتالى فالتقديرات تشير الى أن شريحة الشباب فى هذا المجتمع تمثل نفس النسبة من مجموع الشباب (١٥- ٢٤ سنة) .

والواقع ان الشباب الريفى يعيش مجموعة من الاوضاع التى تمثل فى مجموعها مناخا اجتماعيا وثقافيا وصحيا واقتصاديا يعوق نمو الشباب ويضر به وبمجتمعاته الريفية سواء كانت هذه الأوضاع الممتدة من الماضى البعيد والقريب لا تزال مستمرة تؤثر تأثيرا حادا على الحياة الريفية ، وبالدرجة الأولى على الشباب الريفى ، أو كانت نتيجة متغيرات حديثة هاجمت القرية المصرية بصورة مفاجئة .

وعلى ضوء هذه الأوضاع فان مجموعة من حاجات الشباب الريفى أصبحت تفرض نفسها على الموقف ، ومن أهمها :

- الحاجة الى معاونة القرية المصرية لاستيعاب معطيات التقدم التكنولوجى المعاصر ، والاستفادة بجوانبه البناءة ، مع السيطرة على آثار الصدمة الثقافية أو الحضارية التى يتعرض لها سكان الريف وبصفة خاصة الشباب .

- الحاجة الى تطوير النظام التعليمى فى الريف ، بحيث يرتبط

باحتياجات المجتمع الريفى ، ويؤدى الى زيادة ارتباط الشباب الريفى بمجتمعه والحد من نزوحه الدائم منه .

– الحاجة الى برامج لتعبئة جهود الشباب لإصلاح البيئة .

– الحاجة الى برامج لزيادة مشاركة الشباب الريفى من الجنسين فى انتاج الغذاء .

– الحاجة الى تطوير وتحديث الزراعة ، بحيث يستطيع عائد العمل الزراعى ان يجتذب اليه أعدادا كبيرة من الشباب الريفى .

– الحاجة الى برامج لتدريب الأعداد الكافية من الشباب الريفى على الحرف اللازمة للتنمية العمرانية فى الريف (الكهرباء – النجارة – السباكة – الميكانيكا – البناء) .

– الحاجة الى انشاء مؤسسات شبابية ريفية أكثر ملاءمة فى أنشطتها وبرامجها لحاجات الشباب الريفى .

الشباب الحضرى :

يمثل الشباب الحضرى فى مجموعه نسبة عالية فى مجتمعنا ، وهى ظاهرة تنبئ المؤشرات بتزايدها عاما بعد عام ، مع زيادة السكان وتزايد معدلات الهجرة من الريف الى الحضر . وعلى الرغم من أن الشباب الحضرى قد يشعر بأن معيشته فى مجتمع المدينة اكثر متعة وتشويقا بما يتوفر فيه من فرص عديدة للعمل والترويح ، الا انه لا يجد العدد الكافى من المؤسسات أو المنشآت الشبابية التى تتيح له امكانات ممارسة ما يحتاجه ويرغب فيه من أنشطة رياضية وثقافية وترويحية مختلفة ، وهو أمر لابد من العمل على تداركه فيما يوضع للعمل مع الشباب من خطط وبرامج للمدى القصير أو البعيد .

ومن ناحية أخرى يعانى المجتمع الحضرى فى الوقت الحالى من مشكلات صحية وعمرانية عديدة ومن اضطراب فى حركة سكانه وتدافعهم نحو غايات متضاربة ، ومن ثم فان هذا المجتمع قد اصبح فى مسيس الحاجة الى تعبئة جهود الشباب فيه للاسهام فى شئونه العامة والمشاركة فى علاج مشكلاته .

ولن يتحقق ذلك الا من خلال اعطاء الشباب الفرص للمشاركة فى صنع القرارات ، والحصول على التقدير المناسب والمكانة الاجتماعية اللائقة ، مقابل ما يقدمه لمدينته من خدمات وما يبذله من جهود للنهوض بمستوى الحياة فيها ولصيانة مرافقها ، وغير ذلك .

شباب العمال :

يبلغ عدد من ينطبق عليهم مفهوم الشباب بين العمال حوالى المليونين ، وهم بهذا يمثلون نسبة كبيرة من القوة العاملة كلها . وتبرز حقيقة أوضاع وظروف هذا القطاع الكبير من استيعاب الحقائـــق التالية :

– أن المتغيرات السريعة فى أساليب العمل الصناعى وأدواته التى أحدثها التقدم التكنولوجى ، قد اصبحت تستوجب الاهتمام بالتنمية الفنية والعلمية لشباب العمال ، كى يتمكنوا من مسايرة هذا التقدم والمشاركة بفاعلية فى زيادة الانتاج والتفوق فيه .

– أن هناك صعوبات تواجه شباب العمال ، خاصة الحرفيين ، بالمراد ارتفاع الأجور بمعدلات كبيرة مع استمرار انخفاض مستواهم الثقافى والاجتماعى ، مما يؤثر على قدرتهم فى التكيف مع المجتمع ، وفى الارتقاء بمستويات معيشتهم على الرغم من الزيادة الكبيرة فى دخولهم . ومن هنا تبرز أهمية التنمية الثقافية والفكرية لشباب العمال .

– أن هناك فئة غير قليلة من شباب العمال غير المهرة الذين يحتاجون الى التوجيه والتدريب المهنى ، لتوفير احتياجات المجتمع من العمالة الفنية الماهرة .

– أن هناك عددا كبيرا من الصبية الحرفيين الذين يعيشون ويعملون تحت ظروف بالغة المشقة ، وهو أمر يستوجب أن تتضمن خطط العمل مع الشباب برامج للعناية بهم ورعايتهم .

الشباب الطلابى :

يتكون هذا القطاع الشبابى من طلاب التعليم العام بمرحلتيه الاعدادية والثانوية وكذلك طلاب الجامعات والمعاهد العالية ، ويبلغ عددهم ما يزيد على المليونين ، لهذا فان هذا القطاع يشكل جماعة شبابية لها وزنها الكبير بين شباب مجتمعنا كله ، فهو أكثر قطاعات الشباب عددا وتقدما من النواحى العلمية والثقافية والاجتماعية ، فضلا عما يتوفر لهذه

الجماعة الكبيرة من سهولة التجمع والحركة داخل المجتمع ، والتأثير على عمليات التغيير فى المجتمع ، خصوصا مع انتشار مؤسسات التعليم ومعاهده .

ومن أهم ما يتميز به الشباب فى هذا القطاع الرغبة الصادقة فى المشاركة وفى تحمل مسئوليات العمل الوطنى العام . ومن ثم فان تطلعات واحتياجات هذه الفئة من الشباب يمكن اجمالها فيما يلى :

– نظام تعليمى متطور ، يكون أكثر ارتباطا بحاجات التنمية فى دول المنطقة ، وأكثر ارتباطا بآمال وطموحات الشباب أنفسهم ، ويعطى عناية أكثر لاهتمامات الشباب الطلابى فى جميع الميادين الثقافية والاجتماعية والسياسة والمهنية .

– تنظيمات طلابية أكثر فاعلية ، تسمح لهم بالقدر الكافى من المشاركة فى صياغة العملية التعليمية التى تجعلهم شركاء أساسيين ، لا مجرد مستقبلين لما يوضع لهم من برامج تعليمية وما يطبق من طرق وأساليب للتعليم .

– قنوات أو برامج تسمح لهم بالمشاركة فى الحياة العامة والتعبير عن آرائهم حيال قضايا المجتمع الهامة .

الشباب غير المتعلم :

يمثل هذا القطاع نسبة مرتفعة من الشباب فى المجتمع ، ولهذا فهم يمثلون موردا بشريا هائلا لابد أن يستثمر فى تنمية الكثير من خدمات وبرامج العمل مع الشباب ، وتعانى فئة الشباب غير المتعلم تخلفا اجتماعيا وثقافيا يعوق تكيف أفرادها مع المجتمعات التى يعيشون فيهـــا ، مما يجعل من هؤلاء الأفراد ثروة بشرية مبددة . ومن هنا ، فان العمل مع الشباب لابد أن يوفر البرامج التى تستهدف التنمية العلمية والثقافية لشباب هذا القطاع ، ومعاونتهم على تقريب المسافة الاجتماعية والعلمية التى تفصلهم عن أقرانهم من الشباب المتعلم .

قطاع الشابات :

يمثل العنصر النسائى ٤٧٪ من مجموع الشباب فى مصر . ومما لاشك فيه أن المرأة المصرية قد عاشت سنين طويلة فى ظل أوضاع وظروف عانت بسببها الكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية ، خصوصا فى الريف . ومع التطور والكفاح ، حصلت المرأة المصرية على المساواة مع الرجل فى الحقوق والواجبات ، الا أن شرائح كبيرة من الفتيات المصريات فى الريف والحضر ، ما تزال فى حاجة ماسة للتنمية والمعاونة فى التغلب على المشكلات التى تحد من قدرتها على أداء دورها الهام كشريكة للرجل فى النهوض بمجتمعنا ، كما تضعف من كفاءتها فى أداء دورها الأكثر أهمية فى رعاية أسرتها وتنشئة أطفالها . ومن ثم فان هذا القطاع الشبابى الهام فى أمس الحاجة الى المزيد من البرامج الفعالة للارتقاء بمستويات الفتاة المصرية ثقافيا واجتماعيا ، لتصبح زوجة أصلح وأما أفضل ، ومواطنة أكثر وعيا وادراكا لحقوقها وواجباتها .

قطاع البدو :

فى مصر عدد من المحافظات الصحراوية التى تنتشر بها البوادى ، ولهذا فقد امتدت رعاية الشباب الى هذه المحافظات .

وشباب البدو ، كشأن مجتمعة ، يتسم بعدم الاستقرار المكانى ، فهو فى ترحال دائم وراء فرص الحياة والعمل داخل مناطق البادية ، مما يترتب عليه صعوبة تقديم خدمات الشباب التقليدية الخاصة بشباب القطاعات الأخرى . كذلك فان هذه الفئة من الشباب تكاد تكون فى شبه عزلة عن التطورات والتغيرات التى تحدث فى مجتمعات مستمرة التطـور . هذا بالاضافة الى أن شباب البدو يزاولون مهنا بدائية كالرعى ، وبعض انواع الزراعة الصحراوية ، الى جانب التصنيع اليدوى لبعض خامات ومعطيات البيئة ، وكلها أعمال لا تكسب الشباب مهارة أو خبرة مهنية ذات كفاءة عالية ، وبالتالى فان عائد هذه الأعمال يمثل دخلا متواضعا لا يمكنهم من تحسين مستواهم المعيشى أو الارتفاع به . ومن هنا كان لابد من التفكير فى أساليب جديدة لرعاية هذه الفئة من الشباب ، واستغلال مناطق تجمعاتهم الموسمية ومراكز التسويق الخاصة بمنتجاتهم فى تقديم الخدمات لهم ، على أساس أن هذه التجمعات هى أنسب المواقع للالتقاء بمجموعات كبيرة من شباب البدو ، ولفترات قد يطول بعضها الى عدة شهور . هذا الى جانب ما بدأ تنفيذه من مشروعات لتوطين البدو ، مما يساعد على تقديم خدمات مستقرة أقوى تأثيرا فى توجيه شباب البدو ورعايته .

الشباب المعاقون :

تزايد عدد الشباب من المعاقين بمعدلات سريعة وكبيرة نتيجة للحروب المتعاقبة التى خاضتها مصر ، منذ ١٩٤٨ وحتى عام ١٩٧٣ .

ولقد نتج عن هذه الحروب استشهاد الآلاف من شباب مصر ، واصابة آلاف آخرين بأنواع متعددة من الاعاقة .

لذلك فان الأمر يستوجب دراسة شاملة لتحديد عدد هؤلاء الشباب المعاقين ، وحجم المشكلة التى يمثلونها ، والخدمات التأهيلية التى تقدم لهم ، ثم وضع الخطط والبرامج اللازمة لاستكمال عمليات تأهيلهم اجتماعيا وطبيا ومهنيا ، حتى يعاودوا مسيرة الحياة بأقل قدر ممكن من مشاعر المرارة والاحباط .

ان الاهتمام بهذه الفئة من الشباب ليس مطلبا عادلا ووفاء لهم فحسب ، وانما هو ايضا ، وبالدرجة الأولى ، مطلب تنموى يعيد لهذه القوى الشابة حيويتها وقدرتها على المشاركة الفعالة فى التنمية .

وبعد هذا العرض لقطاعات الشباب ، يجب التنويه بأنه لا مفر من وجود تداخل بين بعضها ، مما يجعل الكثير من الشباب ينتمون الى أكثر من قطاع ، فيعامل الفرد الواحد مثلا على أنه من شباب العمال ومن الشباب غير المتعلم ، أو على انه من شباب الطلاب ومن الشباب الريفى فى الوقت نفسه ، وهكذا ، وعلى أى حال فان هذا التداخل لا ينبغى أن يفوت التخطيط السليم للعمل مع الشباب ، إذ يمكن تصنيفهم على أساس قوة السمات التى تميزهم ، أو التجانس الذى يجمع بين الأفراد فى كل قطاع .

التخطيط للعمل مع الشباب

ينبغى أن يكون التخطيط للعمل مع الشباب – على ضوء ما سبق بيانه – عملية متكاملة وشاملة ، بحيث تستوعب خمسة عناصر أساسية هى :

الريادة :

ان ميدان العمل مع الشباب فى مجتمعنا ، يجب أن تكون دعامته الأولى الريادة المتطوعة ، فبدون ذلك لن يتسنى توفير كل ما يلزم من رواد ، ولا يعنى ذلك أن تستبدل بالريادة المهنية العاملة الريادة المتطوعة ولكن معناها أن تكون مسئوليات المهنيين العاملين فى ميدان الشباب الدعوة الى التطوع لريادة الشباب بين المثقفين ، ثم تنظيم استخدام الرواد المتطوعين فى مجالات العمل مع الشباب ، ومتابعتهم وحفزهم لادراك ما لهذا العمل التطوعى من أهمية .

وسواء كان الرواد مهنيين أو متطوعين ، فينبغى وضع خطط فعالة لتدريبهم وإعدادهم إعدادا جيدا ، يستهدف تنمية الشخصية الريادية التى تتسم بثلاث خصائص رئيسية يجب أن تكون أهدافا استراتيجية لجميع البرامج أو الندوات أو الدورات التدريبية لرواد الشباب . وهذه الخصائص الثلاث هى :

– مجموعة من المعارف الأساسية التى تكسب رائد الشباب وضوحا فى الرؤية وعمقا فى الادراك لطبيعة هـذا العمل وفلسفته وأهدافه ومبادئه .

– مجموعة من المهارات التى تمكن الرائد من التعامل بنجاح مع المواقف المختلفة التى يواجهها فى تعامله مع الشباب .

– مجموعة من القيم والاتجاهات تكون فى جملتها ما يمكن أن يسمى بأخلاقيات الريادة ، مما يجعل رائد الشباب قادرا على كسب ثقتهم واحترامهم وحبهم ، ومن ثم يصبح قادرا على التأثير فيهم وتحقيق أهداف العمل معهم .

التخطيط لبرامج النشاط :

وعلى ضوء ما سبق طرحه عن مفهوم العمل مع الشباب وأنشطته ، تتبين الحاجة الى وجود اتفاق على أسس عامة عن التخطيط لبرامج النشاط الشبابى ، من بينها على سبيل المثال ما يأتى :

– برامج النشاط وسيلة لتحقيق الأهداف التربوية للعمل مع الشبــاب ، وليست أهدافا أو غايات فى حد ذاتها . وعلى ذلك فان كل برنامج لابد أن تكون له أهداف محددة واضحة قابلة أو صالحة للمتابعة والتقييم .

– يجب التمييز بين نوعين أساسيين من برامج النشاط : الأول ، برامج عامة للعمل مع القاعدة العريضة من الشباب ، وهذه يجب أن تبتعد بقدر الامكان عن التركيز على المواهب الفردية ، وأن تستهدف النمو الأساسى المتكامل للشباب (فكريا وبدنيا ونفسيا واجتماعيا) . والثانى برامج نشاط خاصة لتنمية المواهب والاستعدادات المتميزة التى تكتشف خلال تنفيذ البرامج العامة ، وهذه يجب التركيز فيها على تنمية الموهبة والاستعداد . ومن الطبيعى أن تشتمل خطة البرامج على كل من النوعين مع زيادة الاهتمام بالبرامج العامة التى يجب أن يكون لها الأولوية فى الخطة .

– يجب تصنيف برامج العمل مع الشباب الى ثلاثة أنواع :

× برامج علاجية : مساعدات اجتماعية ، علاج انحرافات ، علاج طبى ، وغيرها .

× برامج وقائية : شغل أوقات الفراغ ، الترويح ، التوجيه المهنى ، التوجيه الاجتماعى ، الاعلام الموجه ، وغيرها .

× برامج تنموية : تنمية ثقافية ، اقتصادية ، علمية ، خدمات عامة ، تنمية المواهب والقدرات الخاصة ، تدريب مهنى ، وغيرها .

– ان أى برنامج مهما كان الطابع الغالب على نشاطه – رياضى ، اجتماعى ، ثقافى ، أو اقتصادى أو مهنى أو صحى – لابد أن يكون متكامل الأهداف بحيث يوفر فرص النمو البدنى والفكرى والنفسى والاجتماعى للشباب .

– ان يتم تخطيط البرامج على ضوء نتائج دراسة وتقدير حاجات الشباب ومشكلاتهم بصورة دورية ، حتى تأتى البرامج محققة لأهدافها فى اشباع حاجات الشباب ، وعلاج مشكلاتهم المتغيرة .

وعلى ضوء ما تضمنه هذا التقرير من عرض لحاجات ومشكلات الشباب بوجه عام ، وحاجات كل من قطاعاته المختلفة ، فان الحاجة واضحة الى وضع خطط شبابية جديدة تعطى الاهتمام الكافى للبرامج التالية :

– البرامج الرياضية التى تكفل فرص ممارسة اللعبات الرياضية الأساسية لجميع فئات الشباب ، والتى تمتد خدماتها لتشمل القاعدة العريضة من الشباب فى كافة قطاعاته فلا تقتصر على النخبة .

– برامج التنمية الزراعية والغذائية ، خصوصا للشباب الريفى والبدوى من الجنسين ، والتى تقوم على أساس تكوين جماعات من شباب الريف والبادية لممارسة أنواع من النشاط الانتاجى فى مجالات : تربية الدواجن والاغنام والماشية والنحل ، وصناعات الألبان وتعبئة وحفظ المنتجات الزراعية .

– برامج تأهيل الشباب من معوقى الحرب .

– برامج السياحة الداخلية والرحلات .

– برامج تنمية المرأة بمستوياتها .

– برامج التنمية العلمية والتكنولوجية ، بتشجيع قيام الجماعات الشبابية العلمية . التى تمارس الأنشطة العلمية المختلفة ، وتتعرف على التقدم التكنولوجى المعاصر .

– برامج التنمية الجمالية فى الفنون والآداب المختلفة .

– برامج التكوين المهنى للشباب المتسرب من التعليم .

– برامج الخدمة العامة التى تشجع الشباب على التطوع لخدمة مجتمعه فى شتى النواحى العامة .

ولهذه البرامج صور ثلاث :

الأولى : التطوع للعمل بالمؤسسات الخدمية القائمة فى المجتمع المحلى .

والثانية : الالتحاق بفرق محلية للاطفاء والاسعاف والاغاثة وصيانة المرافق وتحسين البيئة .

والثالثة : الاشتراك فى الحملات العامة لمكافحة الآفات والتشجير وتمهيد الطرق وردْم البرك والنظافة العامة ، وغير ذلك من أمور تقتضيها المصلحة العامة .

التخطيط لتنمية التنظيمات الشبابية :

اذا كان الهدف الرئيسى للعمل مع الشباب هو توفير أنسب الأجواء وأصلحها للنمو الذى يكتسب الشباب خلاله خصائص المواطنة الصالحة فان العمل مع الشباب يصبح فى مضمونه عملية تربوية مكملة ومدعمة لعمليات التربية التى تقوم بها المدرسة والمعهد والجامعة . والفرق الواضح بينهما هو أن العمليات التربوية فى العمل مع الشباب تستخدم المجتمع كله مؤسسة لها ، كما تعتمد على تجارب الحياة نفسها كمنهج لها ، بينما تستخدم العمليات التربوية فى المدرسة والمعهد منهجا مرسوما ومحددا ، وبهذا تتجسم أهمية رعاية الشباب فى أن مناهجها هى التجارب الحية التى يعيشها الشباب ، أو التى يمكن أن يوجه الى ابتداعها وصياغتها والعيش فيها ومعها .

واذا كان من الضرورى أن يتوفر للشباب البرامج والرواد ، فانه يجب أن تتوفر لهم أيضا فرص الانتماء الى جماعات منظمة يؤثرون فيها ويتأثرون بها . وبدون وجود هذه الجماعات المنظمة يفقد العمل مع الشباب وسيلته الأولى فى تحقيق أهدافه التربوية .

التخطيط لتنمية المؤسسات والمنشآت والمرافق :

اذا ما عنى التخطيط بتنمية الريادة وتوفير البرامج وتنظيم جماعات الشباب فان تكامل الخطة يستدعى أن تتضمن تخطيطا لتوفير المؤسسات والمنشآت والمرافق المحلية والقومية التى تكفل للشباب بفئاته

المختلفة أنسب الأجواء لممارسة نشاطاته .

وهنا تبرز أمامنا تساؤلات هامة منها على سبيل المثال لا الحصر :

– هل هناك حاجة فعلية الى انشاء المزيد من المرافق والمنشآت الجديدة للشباب ، أم اننا فى حاجة الى تنظيم استخدام المرافق والمنشآت القائمة فعلا ؟ .

– طالما أن العمل مع الشباب كما أسلفنا يعتبر مسئولية عامة تتضامن فى تحملها العديد من الوزارات والهيئات ، فهل يمكن الاتفاق على تيسير استخدام الشباب للمرافق والمنشآت التابعة لكل هذه الوزارات دون أن يترتب على ذلك تناقض مع الخدمات الأساسية التى تستخدم فيها هذه المرافق والمنشآت ؟ .

– ما هو الموقف بالنسبة لمؤسسات ومرافق رعاية الشباب القائمة ؟ وما مدى كفاءتها عددا ونوعا ؟ وما هى الصعوبات والمعوقات التى تعانى منها هذه المؤسسات ؟ وما هى الامكانات أو المقترحات التى تكفل تدعيمها وتطويرها دون ارهاق كبير لموارد الدولة فى المرحلة الحالية بظروفها الراهنة ؟ .

– الى أى مدى يمكن استخدام أراضى المنفعة العامة ؟

فاذا أمكن الاجابة على هذه التساؤلات ، فلابد أن يستتبع ذلك تخطيط واع لاستخدام الامكانات المتاحة فى توفير ما يلزم للشباب من مرافق ومنشآت .

تطوير دور بعض المؤسسات المحلية الهامة :

وتطبيقا لما استقر عليه اجماع المسئولين عن العمل مع الشباب من أنه عمل يتم بالمجتمع وللمجتمع ، فانه ينبغى أن يتضمن التخطيط الجديد للعمل مع الشباب استحداثا أو تطويرا لدور المؤسسات المحلية : الاقتصادية والتعليمية والاجتماعية والثقافية ، بما يسمح لكل منها بالمشاركة الفعالة فى هذا العمل الوطنى الهام . وفيما يلى أمثلة لمقترحات تستهدف تطوير بعض المؤسسات المحلية ، على سبيل المثال :

– دور العبادة : أن يمتد نشاطها – بجانب العبادة والأنشطة الدينيـــة – ليكون لها دور فى العمل مع الشباب وتعبئة لخدمة مجتمعاته المحلية ، والمشاركة فى القضاء على ما يواجه هذه المجتمعات من مشكلات ملحة ، كالأمية وتلوث البيئة ، وضعف الترابط الاجتماعى بين المواطنين فى الجيرة الواحدة ، وظهور انواع جديدة من الجرائم المهددة لأمن المواطنين . ويستدعى ذلك النظر فى أن يلحق بكل دار عبادة رائد اجتماعى دينى ، للعمل مع المواطنين فى المجتمع ، وبصفة خاصة الشباب ، على أن يجمع هذا الرائد فى تأهيله العلمى بين الدراسات الدينية والاجتماعية

المدرسة : أن تطور خدماتها ، بحيث لا يقتصر دورها على تدريس مناهج التعليم الرسمية وحدها ، بل تتحول إلى ما أصبح يعرف فى دول كثيرة « بمدرسة المجتمع » وهنا ينبغى أن يكون ضمن مناهجها ما يرتبط ارتباطا وثيقا بحاجات المجتمع المحلى الذى تعمل فى نطاقه .

المستشفى المحلى : أن يقدم كل مستشفى خدمة اسعاف محلية ، على أن يفتح باب التطوع لشباب كل حى أو قرية ، لتكوين فرقة اسعاف محلية ، يقوم المستشفى – أو المؤسسة الصحية المحلية – بتدريب أعضائها وإعدادهم لتقديم هذه الخدمة تطوعا . كما يمكن ان يتطوع الشباب فى هذه المجتمعات المحلية للعمل ساعات محددة اسبوعيا (٦ ساعات مثلا) فى صورة مناوبات ، تحت اشراف المستشفى وبالاضافة الى ذلك فان الالتزام الوطنى يقتضى من كل مستشفى خاص أن يسهم فى التوعية الصحية فى الحى الذى أقيم فيه .

الشركات والمصانع المحلية : يمكن ان تقوم كل منها بتوفير منح تدريب بها لطلاب الكليات والمعاهد الفنية ، خلال إجازاتهم الصيفية وقبل تخرجهم ، وبذلك يتوفر لهذه المؤسسات الاقتصادية ، بصفة دائمة ، تنمية القوى العاملة بها ، من خلال عناصر جديدة من الشباب المدرب على ظروف العمل وأوضاعه الطبيعية .

البنوك : ويمكن أن تسهم فى التمويل المحلى لمشروعات وبرامج الشباب . كما يمكن لبعضها ان تتبنى بعض المؤسسات الشبابية وتمولها وهذا التقليد كان قائما من قبل فى المجتمع المصرى .

مراكز الشباب : ويمكن تطويرها بحيث تصبح أقرب الى مراكز لتنمية المجتمع وخدمته ، بجانب ما توفره للشباب من امكانات لممارسة أنشطته الرياضية والثقافية والاجتماعية المختلفة .

وبالاضافة الى الأمثلة السابقة فانه يمكن أيضا التخطيط لتطوير دور قصور الثقافة والأندية الرياضية بحيث تزداد فاعليتها فى العمل مع الشباب وفى تنمية المجتمعات المحلية التى تعمل فيها .

استراتيجية النهوض بمراكز الشباب

يعرض هذا التقرير بإيجاز ما أسفرت عنه الدراسة المطولة ، حول أهم المشكلات التى تحول دون قيام مراكز الشباب بدورها المخطط لها . وتشمل هذه المراكز : الأندية الريفية القائمة بالقرى ، وكذلك الساحات الشعبية بالمدن .

وقد مرت هذه المراكز بمراحل مختلفة ومشكلات صاحبت المتغيرات الاجتماعية والسياسية الى ان ضمت الهيئات الاهلية العاملة فى مجال الشباب والرياضة ، التى صدر بشأنها القانون رقم (٢٦) لسنة ١٩٦٥ والقوانين المعدلة له .

مراكز الشباب :

يعرف القانون « مراكز الشباب » بأنها كل هيئة مجهزة بالمبانى والامكانات ، تقيمها الدولة أو المجالس المحلية أو الافراد - منفردين أو متعاونين - فى المدن أو القرى بقصد تنمية الشباب فى مراحل العمر المختلفة ، واستثمار أوقات فراغهم فى ممارسة الانشطة الروحية والاجتماعية والرياضية والقومية وما يتصل بها ، تحت إشراف قيادة متخصصة .

وقد بلغ عددها فى عام ١٩٨٧ : ٤٣٧٠ مركزا ، منها : ٣١٩٠ مركز قرية ، ٢٨٠ مركز مدينة ، ٢٢ مركز محافظة (استاد) .

أهم مقومات العمل مع الشباب :

أولا : الالمام بما يأتى :

- طبيعة الانسان وحاجاته وامكانات توافق هذه الطبيعة مع متغيرات العصر .

- النشاط الانسانى ومجالاته الفنية ودعمه بالقيم المرغوبة فى تنمية المهارات وغرس العادات والسلوكيات فى المعاملات والعبادات .

- الامكانات الضرورية المتاحة والممكنة لتنظيم مواقف النشاط المختار المشبع للرغبات والمقابل للحاجات .

- الأسس والمبادئ العلمية وطرق ادارة أوجه النشاط بالمؤسسة .

- التشريع الحاكم الذى يحدد الحقوق والواجبات والاختصاصات والمسئوليات .

ثانيا : حسن الأداء والارتقاء بالمستوى ، من حيث :

- الأفراد ونظام العضوية بالمركز .

- النشاط ونظم البرامج وطرق تنفيذها .

- القيادة ونظام الاشراف والتوجيه .

- الامكانات ونظام المرافق وصيانتها .

- الموازنة ونظام التمويل وترشيد الانفاق .

- الادارة والتنظيم المنسق بين مجموعة هذه النظم لتحقيق الاهداف الكلية للمركز .

وقد تناولت الدراسة المطولة استخدام الأساليب العلمية من دراسة مكتبية واستطلاع للرأى وزيارة ميدانية ، وأسفرت المناقشات - التى شارك فيها مديرو مديريات الشباب ومديرو المناطق بها ومديرو بعض المراكز بالقاهرة - عن وجود مشكلات ذات طبيعة مزمنة ، وعن اختلاف الرأى حول بعض القضايا التى فجرها تبنى بعض مراكز الشباب لمشروعات خدمية وانتاجية ذات عائد مادى تخضع لسلطة رقابة واشراف من وزارات اخرى مختصة .

وكان من أهم ما طرح من مشكلات :

– تبعية مراكز الشباب ، وتعدد جهات الاشراف والرقابة عليها .

– الافتقار الى العمالة الفنية المتخصصة .

– مجلس الادارة وطريقة تشكيله ، وظاهرة التعيين ووضع المدير .

– الاعانات المالية ، وعدم وجود قواعد واضحة فى تقديرها .

ومن أهم القضايا التى اختلف الرأى حولها :

– تبنى بعض المراكز لمشروعات انتاجية على حساب امكانات المركز أو تجاوز الاختصاصات .

– انشاء دور الحضانة بالمركز ، وعلاقة ذلك وأثره على خروج المرأة للعمل .

– انشاء فصول دراسية نظامية « مدرسية خاصة » داخل المركز .

– تبنى المركز لصناعات حرفية يتولاها صناع من غير الاعضاء ، وعلاقة ذلك بمراكز التدريب المهنى المختصة .

– انشاء مركز علاج طبيعى للمواطنين بداخل المراكز .

– ازدواج الخدمات ، وانشاء نزل الشباب وعلاقتها ببيوت الشباب من حيث الهدف والادارة .

– الجهود الذاتية والتطوع ، وأهمية التخصص العلمى فى العصر الحديث لنجاح الادارة .

– أوجه التشابه أو الاختلاف بين المراكز والاندية الرياضية ، ومدى امكان مساهمة المراكز فى الإعداد لقطاع البطولة الرياضية .

– شغل منصب رئيس مجلس الادارة بشخصية عامة ذات سلطة عليا تنفيذية أو تشريعية ، هل يتفق أم يختلف مع الاولوية وطبيعة المسئولية ومبادئ الادارة الديمقراطية .

وقد أسفر استطلاع رأى القادة العاملين بمراكز الشباب : حول العضوية ، والامكانات ، والقادة ، والميزانية ، والمتابعة . عن عدة آراء يخلص أهمها فيما يأتى :

– الأعضاء بالمراكز لا يقبلون على مزاولة النشاط ولايستفيدون من البرامج الموضوعة .

– أن حجم العضوية المقيدة ضئيل بالنسبة للامكانات المتاحة .

– الامكانات المتاحة غير مستغلة الاستغلال المناسب ، ولا توجد خطة للصيانة .

– تأثير غلو الاسعار على صلاحية الأدوات ، وعدم وفرة الامكانات .

– حجم القيادة المهنية بالمراكز كاف ، ومستوى كفاءتها مناسب ، الا أن مهمة الاشراف والتوجيه تتم بأسلوب سلطوى من داخل المركز .

– لا توجد خطة لاختيار القادة الطبيعيين أو صقلهم ، كما لا توجد علاقة واضحة بينهم وبين القيادة المهنية رغم أن الهدف مشترك والمسئولية متكاملة .

– العلاقة بين العاملين بالمراكز والمسئوليات الاشرافية الأعلى معدومة تماما .

– المصروفات الادارية تمثل الجانب الاكبر فى الميزانية ، واجمالى الاعتمادات غير معلوم لدى نسبة كبيرة من القادة .

– تعد المراكز تقارير دورية عن نشاطها ، الا أنه لا توجد مراجعة جادة لهذه التقارير .

وأسفر استطلاع رأى الشباب فى برامج مراكز الشباب عما يلى :

– أن الخطة تأخذ الشكل المظهرى دون تطبيق فعلى أو واقعى لأسباب منها :

• ان القادة لا يدعون الشباب للمساهمة فى إعداد الخطة للنشاط الذى يخصهم .

• عدم جدية الشباب فى المشاركة .

• عدم توفر الاهتمام بالتخطيط للبرامج .

– ومن الأسباب التى تؤدى الى فشل البرامج بالمراكز :

• عدم توفـــر الامكانات المادية يؤدى الى عزوف الشباب عن المشاركة .

• عدم اشتمال البرامج على تنوع النشاط .

• البرامج لا تتناسب مع ميول ورغبات الشباب ، ولا تلائم الظروف النفسية والاجتماعية لهم .

• القائد لا يستخدم الاسلوب المناسب لترغيب الشباب للاقبال على النشاط .

نتائج الدراسة :

وقد انتهت الدراسة الى مجموعة من النتائج أبرزها ما يأتى :

– تحظى مراكز الشباب بأولوية فى الاهتمام ، وتوفير الاعتمادات اللازمة لها للاستكمال والانشاء الجديد وصرف اعانات ادارية وصلت نسبتها خلال السنوات العشر الماضية الى ثمانية اضعاف بالنسبة لمراكز المدن ، وأربعين ضعفا بالنسبة لمراكز القرى .

– لم يواكب الاتساع فى الانشاء وزيادة الاعانات ما يلزم من إعداد للقادة المتخصصين والمدربين لتوظيف واستثمار الامكانات المتاحة .

– رغم النمو المتصاعد فى توفير الاعتمادات والامكانات الا أن العائد ما زال غير مناسب ، ولا ينال الرضا من نسبة كبيرة من الشباب والقادة .

– عدم التجانس فى تشكيل مجلس الادارة وعلاقته بالمدير المتفرغ ، خاصة اذا كان من المؤهلين والمنتدبين من قبل الجهة الادارية .

– تعدد السلطات وتدخلها فى شئون المركز .

– تنظيم مسابقات ومناقشات لتنشيط العضوية بالمراكز ولكن فوق طاقة المركز وقدراته .

– تبنى الأجهزة المركزية عددا محدودا من المراكز وموالاته بالمزيد من الاعانات تحت مسميات « مركز مطور » ، « مركز مكثف » ، « مركز منمذج » يشكل فوارق طبقية بين المراكز ذات الهدف المشترك الواحد والمسئولية المحكومة بنظام عمل اساسى واحد والتبعية الواحدة والخضوع لاحكام رقابية تباشرها الجهة الادارية المحددة .

– اتجهت مراكز الشباب لزيادة مواردها الى تبنى مشروعات استثمارية لها جدواها الاجتماعية ، ولكن لم تخضع للبحث من ناحية جدواها الاقتصادية ، ومدى العائد المباشر منها على الاعضاء .

– هناك فجوة عدم ثقة لها أثرها فى وجدان الشباب نتيجه افتقار السلطة لما تطالب به غيرها .

– المواد المالية فى تزايد مستمر سنويا ولكن دون بيان لأوجه الانفاق مع عدم الاعلام عن القواعد المتبعة التى تحكم قرارات الصرف ورقابة المصروفات ، رغم وجود صندوق خاص باسم صندوق التمويل الاهلى يباشر ادارته جهاز المجلس الاعلى وقيادته .

ونظرا لأهمية العمل على عودة مصر الى أمجادها فى المسابقات والدورات العالمية ، وايجاد الوسائل الكفيلة بتحقيق ذلك – فان هناك اجماعا على ضرورة وأهمية ذلك ، الا أن الخلاف دار حول دور مراكز الشباب ، فى هذا المجال . فقد ذهب رأى الى توسيع مهام هذه المراكز بحيث تعاون فى تحقيق هذا الغرض ، ولو اقتضى الامر اجراء تعديل تشريعى . بينما ذهب رأى ثان الى رفض هذا الاتجاه لمخالفته للقانون الذى يحدد اختصاص وعمل هذه المراكز .

بينما انتهى رأى أخير الى أن الأمر يحتاج الى دراسة موسعة لهذا الموضوع الهام من كافة جوانبه . على أن تتعرض هذه الدراسة بالتفصيل وفى قسم خاص الى امكان توسيع مهمة مراكز الشباب ودورها الممكن للاسهام فى تحقيق الغرض من هذه الدراسة الموسعة .

التوصيات

وعلى ضوء ما جاء بالتقرير المطول والذى عرض على المجلس ، يوصى بما يلى :

فى شأن تنظيم أعمال هذه المراكز :

* ضرورة التعاون والتنسيق بين الجهود المبذولة من القيادات المهنية بالأجهزة الوظيفية والقيادات التطوعية بمجالس ادارة مراكز الشباب .

* وضع سياسة ادارية ملزمة لتشغيل مراكز الشباب ، تتضمن قواعد تفصيلية لكل من مقومات العمل ونظمه الادارية ، وتتحدد فيها

المسئوليات والواجبات والعلاقات والاجراءات اللازمة بتوجيه وتجميع الطاقات المبذولة والممكنة ، الكفيلة بتحقيق الأهداف دون تعارض أو ازدواج .

* الاهتمام بأن تضاعف الدولة من عطائها المادى ، من خلال ما تتيحه الاعتمادات بالموازنة السنوية للدولة ، وما يتيحه صندوق التمويل الاهلى ، على أن تتجه هذه الزيادة بصفة رئيسية الى استكمال وانشاء مراكز جديدة لنشرها فى باقى أنحاء البلاد .

* وضع قواعد ثابتة وموضوعية لصرف الاعانات ترتبط أساسا :

بحجم العضوية ، والنشاط ، ومستوى الاداء ، ونسبة النمو فى المستفيدين ، ومدى الاتساع فى رقعة الخدمات واتصالها بحاجة البيئة والمجتمع .

* أن يرتبط مقدار الزيادة فى حجم الاعانة لمراكز عن مراكز أخرى بمقدار يتناسب مع نسبة الزيادة والنمو الذى يتحقق فى تلك المراكز ، وليس بتصنيف المراكز واضفاء مسميات جديدة عليها .

فى شأن سياسات الانشاءات الجديدة :

* النظر فى عدم اقرار أى انشاء جديد قبل التأكد من حسن استغلال القائم ، والارتقاء باستخداماته لاكبر طاقة ممكنة ، وتوفير العمالة البشرية اللازمة لهذا الغرض .

* حصر ودراسة المطالب الانشائية ووضع خطة تنفيذية شاملة تتسق مع الخطة الخمسية للدولة ، وتدرج الاعتمادات اللازمة لمنشآت الشباب ضمن عناصرها .

* توزيع الاعتمادات اللازمة والمقررة لكل محافظة وفقا لما يخصص للمراكز الواقعة فى دوائرها ، سنويا ، دون الحاجة الى تكرار اجراءات المطالبة أو المراجعة والتصديق من السلطة المركزية .

* تحديد فترة زمنية تتراوح ما بين خمس سنوات الى عشر ، لا يجوز النظر خلالها فى طلبات انشائية جديدة لنفس المراكز أو الجهة .

* التنسيق والتوجيه لحسن استغلال الاعتمادات والاعانات الانشائية على اختلاف مواردها : الحكومية ، والاهلية ، والمحلية ، والمركزية - المصرية والاجنبية - وفقا لتخطيط مركزى على درجة عالية من الكفاءة فى هندسة العمارة والمنشآت الرياضية والشبابية ، والمسطحات الخضراء والطبيعية والصناعية المناسبة للبيئة ، واسناد ذلك الى هيئة استشاريـة متخصصة على المستوى القومى تنشأ لهذا الغرض .

فى شأن دور مجال الادارة :

* توفير الحد الأدنى من العمالة المتخصصة والقادرة على مباشرة العمل والمعاونة فى تصريف شئون المركز الفنية والمالية والادارية ، وذلك وفقا لمبدأ التفرغ الكامل ، أو العمل بعض الوقت ، وعن طريق الندب من أجهزة ديوان المحافظة أو مديرية الشباب أو مديريات التعليم أو غيرها فى نطاق الادارة المحلية . والعمل على استكمالها تدريجيا من الناحيتين العددية والفنية وفقا لخطة مرحليه لإعداد القادة والتدريب .

* تنظيم وعقد دورات تدريب تحويلية وتدريب نوعى لمباشرة المجالات التخصصية وفق مستويات القيادة والاشراف ، ومناهج مناسبة يكون الجانب الأكبر فيها للجوانب العملية والتطبيقية ، ويكون اجتيازها بنجاح شرطا من شروط التعيين بوظائف القيادة والاشراف بمراكز الشباب .

* العمل على منح الاجر أو المكافأة المجزية لمن تنطبق عليهم الشروط المقررة والمرغوبة فى مهام القيادة والاشراف فى مجال العمل مع الشباب بمراكز الشباب لضمان الاستقرار والاستمرار دون تشتيت الجهود فى السعى لزيادة الايراد من جهود اضافية بأعمال مهنية أخرى غير متجانسة على حساب ما يتطلبه العمل بالمركز ، أو اقرار صرف بدل طبيعة عمل تشجع اقبال العناصر الممتازة على مثل هذه المهمة الحيويـة .

* الاهتمام باعداد وتدريب مديرى مراكز الشباب ، على أن يضم مدير المركز الذى تنطبق عليه شروط الجهة الادارية فى شغل هذه الوظيفة الى عضوية مجلس الادارة فى مكان (السكرتير العام) المنتخب

، أو بقرار تعيينه ضمن ما يجوز للوزير ضمهم الى مجالس الادارة المنتخبة .

* اعادة النظر فى الشروط الواجب توافرها للترشيح لعضوية مجالس ادارة مراكز الشباب بما يكفل الاستفادة بالشخصيات التى تشغل وظائف تربوية ، أو دينية أو صحية ، أو رياضية أو ثقافية ، فى دائرة المدينة أو القرية ومؤسساتها - تحقيقا للتكامل والتناسق ، وتنشيطا للعضوية ، وجذبا لها .

فى شأن تطوير أعمال المراكز :

* ادراج كل ما يقترح أو يتطلب اشتراك مركز الشباب فى تنفيذه ضمن خطة عمل المركز وبرنامجه ، ويصدر باقراره قرار من مجلس الادارة المختص ، ويكون المجلس مسئولا عن التنفيذ ، ويخضع للاشراف والرقابة والتوجيه ، فضلا عن المعاونة اللازمة للتغلب على الصعاب والمشكلات من مديرية الشباب والرياضة بصفتها الجهة الادارية المختصة .

* ان تتحدد صلة المركز فى كل ما يخصه بجهة واحدة تلتزم بتجميع وتنسيق كل المشروعات ومطالب النشاط وأوجه الخدمات ، وهذه الجهة هى مديرية الشباب المختصة ، وعليها ان تنظم وتنسق فى حدود ظروف وامكانات مراكز الشباب الواقعة فى دائرة المحافظة الواحدة .

* ايداع كل المبالغ المعتمدة والواردة لمشروعات محددة بحساب المركز وليس بحسابات فرعية أو مستقلة ، ويكتفى بمسك دفتر ارتباطات لتوضيح اجمالى الاعتمادات والمصروفات ، على أن تخضع للرقابة والتفتيش والتوجيه من الجهة الادارية المختصة .

* النظر فى الغاء المسميات - على مراحل - التى تصنف مراكز الشباب الى مطور ، ومكثف ، ومنمذج ، وتوحيد القواعد والمبادئ المرغوبة فى سياسة العمل مع الشباب وادارة مراكز الشباب ، وتعميم هذه السياسة وتطبيقها على مختلف المراكز .

* ان يكون تدريب الشباب من الأعضاء بالمركز على اكتساب المهارات المفيدة له ولزيادة الانتاج بالمجتمع هو الأساس والهدف من تبنى مشروعات ذات طابع انتاجى أو استثمارى .

فى شأن دور مجلس الادارة :

* إتاحة الفرصة كاملة لمجلس الادارة لممارسة اختصاصاته ومسئولياته وموالاة توجيهه ومعاونته من خلال رسم وتحديد السياسات واقرارها من السلطة المختصة ومتابعة تنفيذها بصورة دورية ومستمرة .

* اشراك الاعضاء الشباب فى التخطيط لما يخصهم ، وابداء الرأى فى المشروعات والخدمات التى تستهدفهم من خلال تأكيد انتمائهم للتقسيمات التنظيمية للعضوية ، وتدريبهم على ممارسة حقهم فى انتخاب من يمثلهم وينوب عنهم فى التعبير عن رأيهم .

* النظر فى عدم الفصل بين رئيس مجلس الادارة والأعضاء عند الترشيح لمجلس الادارة ، على أن يختار الرئيس من بين الأعضاء المنتخبين ، حرصا على الاستفادة من الشخصيات المرشحة والمستعدة للعطاء ، والتجانس بينهم فى العمل الجماعى وتقبل قيادته .

* النظر فى عدم ترشيح الشخصيات العامة ذات المسئوليات العليا فى سياسة الدولة ومؤسساتها الدستورية لمناصب مجالس الادارة بمراكز الشباب الا عند الضرورة ، مع الاحتفاظ لهم بحقهم فى العمل التطوعى ، وذلك لاتاحة الفرصة لاكبر عدد من المواطنين فى المشاركة الشعبية .

فى شأن تطوير مهام المراكز :

* ضرورة اجراء دراسة عاجلة حول امكان توسيع مهمة مراكز الشباب ، لتشمل الاسهام فى اعداد شباب هذه المراكز للمشاركة فى المسابقات والدورات الرياضية الدولية والاولمبية ، ولو اقتضى الامر تعديلا تشريعيا بهدف تمكين مصر من العودة الى أمجادها فى هذه المسابقات والدورات .

التربية البدنية والرياضية وأنظمتها فى مصر

تعتبر الرياضة البدنية عملية استثمار متكاملة ، ولا سيما فى الدول المتقدمة ، اذ يمثل النشاط الرياضى عاملا أساسيا فى تحقيق أهداف المجتمع فى التنمية والانتاج . ومن ثم أولت الدولة اهتمامها للتربية البدنية والرياضية ، لتوفير فرص ممارسة الأنشطة الرياضية للمواطنين ، من خلال عدة نظم ، سواء داخل المؤسسات الرياضية الحكومية أو خارجها .

وقد حظى هذا الموضوع باهتمام المجلس على مدى دوراته المتعاقبة فاعد فى دورته الثانية دراسة عن : التربية الرياضية ووسائل النهوض بها . وأنجز فى دورته الرابعة دراسة موضوعها : سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية . وفى دورته التاسعة خصص دراسة مستقلة لمراكز الشباب .

واستكمالا لهذه الدراسات أعد المجلس تقريرا موسعا عن : التربية البدنية والرياضية وأنظمتها . وذلك على ضوء : موقف مصر من البطولات الدولية ، وتأثر الدافع الرياضى بمتغيرات متلاحقة أدت الى عدم ثبات مستويات اللاعبين ، وانقطاع التفريغ المستمر للمتميزين منهم ، الأمر الذى عرض الرياضة المصرية الى موجة حادة من النقد ، لا سيما بعد دورة « سول » الأولمبية عام ١٩٨٨ ، مما كشف عن كثير من المعوقات التى تعترض تقدم الرياضة فى مصر .

وتخلص النقاط الرئيسية لهذا التقرير فيما يأتى :

أهمية التربية الرياضية :

تبدأ مرحلة الشباب - طبقا لوجهة نظر المؤسسات العلمية التربوية فى مصر - من نهاية مرحلة الطفولة الاعتبارية (١٨ سنة) ، وتمتد اعتباريا حتى سن الثلاثين ، الأمر الذى يفرض على المؤسسات الرياضية الاهتمام بالنشء والشباب منذ المراحل السنية المبكرة ، فى ظل سياسة علمية تربوية محددة الأهداف والمعالم ، لتسليحهم بالقدرات البدنية والعقلية التى تساعدهم على العمل والبناء ، والإسهام فى تحقيق أهداف المجتمع من أجل التنمية والتقدم .

ومن هنا تأتى أهمية الرياضة كوسيلة أساسية من وسائل تربية وتكوين المواطن الصالح ، موجهة نحو تطوير البناء الوظيفى لأجهزة الفرد الحيوية ، والعمل على تحسين وتشكيل العادات الحركية ، والقدرات البدنية اللازمة لمقتضيات الحياة الانسانية ، بيد أن الرياضة لا تنحصر فوائدها فى نطاق الجوانب الجسمية وحدها ، بل تسهم أيضا مع غيرها من الأنشطة الثقافية والعلمية والفنية فى تكوين شخصية الفرد بكافة محدداتها التكوينية والعقلية والثقافية والاجتماعية والنفسية . الا أنه لا ينبغى العمل من أجل الفوز الرياضى فى المسابقات الرياضية المحلية أو الدولية على حساب نشر الرياضة للجميع ، مع تجاهل القواعد الأساسية للروح الرياضية والقدوة والمثل الأعلى ، ذلك أن سمعة مصر الدولية أكبر من أن يتحقق فيها نصر رياضى عابر ، أو أن يقلل منها تحقيق مستوى رياضى متواضع فى أحد اللقاءات الرياضية الدولية .

التنظيم الرياضى فى مصر :

مرت أجهزة الشباب والرياضة فى مصر بمراحل متعددة ، لتتواءم مع الاحتياجات الأساسية للشباب . وكان آخر هذه المراحل : صدور القرار الجمهورى رقم ٤٩٧ لسنة ١٩٨٩ ، بانشاء المجلس الاعلى للشباب

والرياضة ، باعتباره هيئة عامة يرأسها وزير دولة للشباب ، وتتبع مجلس الوزراء .

ويضم لعضويته جميع الوزراء الذين تعمل وزاراتهم فى مجالات رعاية الشباب وتوجيهها ، كما يضم ممثلين للهيئات الخاصة للشباب والرياضة ، بالاضافة الى رؤساء الأجهزة والقطاعات بالمجلس ، وعدد من الخبراء المتخصصين فى مجالات التربية ومجالات العمل الرياضى الشبابى .

ويساعد التشكيل الحالى للمجلس على دعم العمل الرياضى والشبابى فى المحليات حيث أنشئ فى كل محافظة مجلس للشباب والرياضة برئاسة المحافظ ، كما أنشئت مديرية للشباب والرياضة بكل محافظة ، لها نفس مسئوليات واختصاصات الجهاز الوظيفى للمجلس الأعلى للشباب والرياضة على مستوى المحافظة .

ونخلص من ذلك إلى أن مسئولية رعاية الشباب والرياضة تقع حاليا على عاتق كثير من الوزارات والهيئات الحكومية والأهلية ، وفقا لمجالات عمل كل منها ومسئولياتها الرئيسية ، وهذه الوزارات والهيئات تمارس مسئولياتها فى مجال الشباب والرياضة فى اطار السياسة العامة التى يضعها المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

وفيما يلى عرض مختصر لأهم الأجهزة والهيئات العامة العاملة فى مجالات الشباب والرياضة :

أولا : الأجهزة الحكومية :

أ- وزارة التعليم :

تهتم هذه الوزارة بحكم مسئولياتها عن تربية وتعليم النشء فى قطاع التعليم ، بإتاحة الفرصة للطلاب لممارسة الأنشطة الاجتماعية والثقافية والفنية والقومية ، لتحقيق النمو المتكامل للطلاب بدنيا وعقليا ووجدانيا .

ويتم تحقيق هذا الهدف ، فيما يختص بالتربية الرياضية ، بالوسائل التالية :

- دروس التربية الرياضية التى تدخل ضمن مناهج الدراسة فى مراحل التعليم العام .

- برامج الأنشطة الرياضية التى يتم تنفيذها داخل المدرسة وخارجها ، بالاضافة الى خطة الدراسة المنهجية خلال العام الدراسى .

- برامج الأنشطة المختلفة التى يتم التركيز عليها خلال أشهر الصيف داخل بعض المدارس والمعسكرات الصيفية .

ويقوم على تنفيذ خطط وبرامج الرياضة فى قطاع التعليم : الادارة العامة للتربية الرياضية والعسكرية ، ومستشار التربية الرياضية بالـوزارة .

ب - الجامعات :

يشرف على تنفيذ خطط وبرامج الرياضة فى كل جامعة ، ادارة عامة لرعاية الطلاب ، يتبعها قسم لرعاية الطلاب فى كل كلية من الكليات التابعة لها .

وتعمل ادارات رعاية الطلاب بالجامعات والكليات فى تنسيق وتعاون مع الاتحادات الطلابية لتنفيذ خطة الرياضة ، ولا يقتصر تنفيذ الأنشطة والمسابقات الرياضية على أشهر الدراسة فقط ، بل تمتد لتشمل برامج الأنشطة الصيفية .

جـ - المعاهد الدينية والازهرية :

وهى معاهد دينية فى مستوى مدارس التعليم العام ، تتبع الأزهر الشريف ، وتشرف على تنفيذ خطط رعاية الشباب بها الادارة العامة لرعاية الطلاب بالمعاهد الدينية الأزهرية ، وينفذ برامج الخطة داخل المعاهد مدرسو التربية الرياضية بكل معهد كما هو متبع فى مدارس التعليم العام .

د- المعاهد الفنية :

تتبع وزارة التعليم العالى ، وتشرف على تنفيذ خطة الرياضة بها الادارة العامة لرعاية الطلاب بالوزارة .

بالاضافة الى أن هناك أجهزة حكومية اخرى فى كل من وزارة

الصناعة ووزارة القوى العاملة ووزارة الشئون الاجتماعية ووزارة استصلاح الأراضى ، تهتم بتنفيذ برامج رعاية الشباب والرياضة لشباب العمال والفلاحين فى حدود مسئوليات كل منها ، ويتم تمويلها من المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

ثانيا : الهيئات الخاصة للرياضة :

أ- اللجنة الأولمبية :

تعتبر مصر من الدول الرائدة فى مجال التمثيل الرياضى فى الهيئات الدولية . وقد تأسست اللجنة الأولمبية المصرية عام ١٩١٠ ، وانضمت الى اللجنة الأوليمبية الدولية فى نفس العام . وكان التمثيل المصرى الأوليمبى بشخصية أجنبية ، مما اضطر مصر الى الانسحاب من الدورة الأوليمبية بلوس أنجلوس عام ١٩٣٢ . وقد ظلت مصر بدون تمثيل حتى عام ١٩٣٤ حيث عينت اللجنة الأوليمبية الدولية شخصية مصرية ممثلة لمصر . وقد اشتركت مصر منذ تأسيس اللجنة الأوليمبية المصرية فى (١٣) دورة أوليمبية ، كان أولها الدورة الأوليمبية الخامسة باستوكهولم عام ١٩١٢ ، ومثل مصر فيها لاعب واحد ، ثم توالى تمثيل مصر فى الدورات الأوليمبية حتى الدورة الأوليمبية بسول .

ب - الاتحادات الرياضية :

بلغ عدد الاتحادات الرياضية فى مصر حتى الآن (٣٧) اتحادا رياضيا ، منها (٢١) أوليمبيا ، (١٦) غير أوليمبى ، كما تأسس بمصر بعض الاتحادات الأفريقية والعربية ، وتعتبر مصر من الدول الرائدة فى ألعاب البحر الأبيض .

ويوجد بمصر حتى الآن أكثر من ٨٥٠ ناديا رياضيا ، و ٣٥٠٠ مركز شباب ، تعمل جميعها على نشر الرياضة لمختلف المراحل السنية من الجنسين والارتقاء بالرياضة لمستويات البطولة . وذلك الى الاتحادات النوعية مثل الاتحاد الرياضى للجامعات ، والاتحاد الرياضى للقوات المسلحة ، والادارة العامة لاتحاد الشرطة الرياضى ، والاتحاد العام للمؤسسات والشركات ، ويقوم كل من هذه الاتحادات برعاية شبابه من الناحية الرياضية .

جـ - الاتحادات النوعية :

والاتحاد النوعى هو هيئة تتكون من أندية أو هيئات أو جمعيات من الخاضعة لأحكام قانون الشباب والرياضة ، تتماثل فى أغراضها أو نشاطها كله أو بعضه ، بقصد تنظيم وتنسيق أوجه هذا النشاط بينها ، وتبادل الاستفادة بمنشآتها ، وتنظيم مصادر تمويلها .

ويختص الاتحاد النوعى بما يلى :

- التنسيق بين برامج ونشاط الأعضاء ، وتسوية ما قد ينشأ بينهم من خلاف .
- تنظيم عمليات التمويل المشترك للأعضاء ، وبحث وسائل تدعيم ميزانيته .
- تقديم النصح والارشاد ، والمعونات المختلفة للأعضاء .
- اعتماد برامج الاستفادة المتبادلة بامكانات الأعضاء .
- تزويد الجهة الادارية المختصة بالتقارير ، والمقترحات الكفيلة برفع مستوى الخدمات التى يقدمها الاعضاء .

د - الأندية ومراكز الشباب :

تمثل الأندية الرياضية ومراكز الشباب ، الوحدة الأساسية للرياضة فى مصر . وقد حدد القانون الخاص بالشباب والرياضة مفهوم النادى الرياضى بأنه هيئة تكونها جماعة من الأفراد ، بهدف تكوين شخصية الشباب بصورة متكاملة عن طريق نشر التربية الرياضية بين الأعضاء لتنمية ملكاتهم ، وكذلك تهيئة الوسائل لشغل أوقات فراغ الأعضاء ، طبقا للتخطيط الذى تضعه الجهة الادارية المركزية .

ويعتبر النادى هيئة رياضية وفقا لأحكام قانون الشباب والرياضة ، له الشخصية الاعتبارية ، ويجب عليه اتباع السياسة العامة والبرامج والتوجيهات التى يضعها اتحاد اللعبة المختص . ومن أهم المقومات الرئيسية لشهر الأندية ما يلى :

- لا يقل عدد أعضائه عن خمسين عضوا .

– أن يكون له مقر ثابت وأماكن صالحة لمباشرة الأنشطة .

– أن يكون له موارد مالية كافية للصرف على أوجه نشاطه .

أما مراكز الشباب فقد حددها القانون الخاص بالشباب والرياضة ، بأنها كل هيئة مجهزة بالمبانى والامكانات التى تقيمها الدولة أو المجالس المحلية أو الافراد – منفردين أو متعاونين – فى المدن أو القرى ، بقصد تنمية الشباب فى مراحل العمر المختلفة واستثمار أوقات فراغهم فى ممارسة الأنشطة تحت إشراف قيادة متخصصة .

وقد تطور عدد الهيئات العاملة فى مجال الشباب والرياضة من عام ١٩٨٢ حتى عام ١٩٨٧ بصورة كبيرة ، حيث كان عدد الأندية الرياضية ٧٨٠ ناديا فى عام ١٩٨٢ وأصبح ٨٦٥ فى عام ١٩٨٧ . وكان عدد مراكز الشباب فى عام ١٩٨٢ نحو ٢٩١١ ، وأصبح فى عام ١٩٨٧ نحو ٣٤٧٠ . وبالتالى زادت نسبة العضوية فى الهيئات الرياضية عامة من ٠٢٩ , ٤٩٢ , ١ فى عام ١٩٨٢ ، الى ١٦٥ , ٠٠٤ , ٧ فى عام ١٩٨٧ .

كما ارتفع عدد القادة المهنيين العاملين فى هذه الهيئات من ٢٢٩٩ عام ١٩٨٢ الى ١٠٠٥٨ عام ١٩٨٧ . وتشمل هذه العضوية الممارسين لجميع أوجه النشاط الرياضى والاجتماعى والثقافى والفنى والروحى . أما ما يختص بالأنشطة الرياضية فقط ، فقد وصل عدد المستفيدين من الأنشطة الرياضية الى ٣٣٢ , ٩١٤ .

هذا وقد حدثت طفرة فى المنشآت والملاعب الرياضية خلال السنوات الأخيرة ، يمكن معها القول بأن هذه الملاعب قد زادت بنسبة ٣٠٪ عن الأعداد التى كانت موجودة من قبل .

ووفقا للنشرة الاحصائية الصادرة عن المجلس الأعلى للشباب والرياضة عام ١٩٨٨ ، يتضح زيادة حجم العضوية بمراكز شباب المدن من ٨٥٥ , ١٥٦ عضوا عام ١٩٨٣/٨٢ الى ٨٠٦ , ١٩٣ عضوا عام ١٩٨٥ بزيادة قدرها ٩٥١ , ٣٦ عضوا ، تمثل حوالى ٢٤ ٪ . وتتوزع العضوية بمراكز شباب المدن وفقا للمراحل السنية خلال السنوات الأربع الأخيرة ما بين ٢٧٪ ، ٢٩٪ سنويا لما هم دون الثامنة عشرة ، وما بين ٧١٪ ، ٧٣٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة ، وتصل نسبة الفتيات بهذه المراكز الى ما يتراوح ما بين ٥ , ٦٪ ، ٧٪ سنويا .

اما مراكز شباب القرى ، فقد ارتفع حجم العضوية بها من ٣٢٣ , ٥٤٥ عضوا عام ١٩٨٣/٨٢ الى ٠٢٥ , ٦٩٤ عضوا عام ١٩٨٦/٨٥ ، بزيادة قدرها ١٤٨,٧٠٢ عضوا ، وهذه الزيادة تمثل حوالى ٢٨٪ من اجمالى العضوية عام ١٩٨٣/٨٢ .

وتتوزع العضوية بمراكز شباب القرى وفقا للمراحل السنية خلال السنوات الأربع الأخيرة ما بين ٤١٪ ، ٤٢٪ لمن هم دون الثامنة عشرة ، وما بين ٦٨٪ ، ٦٩٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة ، كما تبلغ نسبة الفتيات بمراكز شباب القرى ٤٪ تقريبا ، وهى نسبة تماثل نصف نسبة اشتراكهن فى مراكز شباب المدن تقريبا .

أما فى الاندية الرياضية فقد ارتفعت العضوية من ٦٣٤,٠٨٢ عضوا فى عام ١٩٨٣/٨٢ الى ٤٣٥ , ٨٣١ عضوا عام ١٩٨٦/٨٥ ، بزيادة قدرها ١٩٧,٣٧١ ، وهذه الزيادة تمثل حوالى ٣١٪ من اجمالى العضوية عام ١٩٨٣/٨٢ .

وتتوزع العضوية بالاندية الرياضية وفقا للمراحل السنية خلال السنوات الأربع الأخيرة ، بنسب تتراوح ما بين ٢٤٪ ، ٢٥٪ سنويا لمن هم دون الثامنة عشرة من العمر ، وما بين ٧٥٪ ، ٧٦٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة .

وتتراوح نسبة العضوية بالأندية الرياضية من الفتيات بين ٢٢٪ – ٢٥٪ تقريبا ، وهو ما يماثل أربعة أمثال نسبة اشتراكهن بمراكز شباب المدن ، وستة أمثال هذه النسبة بمراكز شباب القرى . ويرجع ذلك فى المقام الأول الى أن نوعية العضوية (أسرية) بمعظم الأندية الرياضية ، على عكس نوع العضوية (الشخصية) بمراكز الشباب .

البرامج الرياضية :

تتوقف البرامج الرياضية التى تقدم للممارسين بالهيئات الرياضية ، على الأهداف المحددة لكل هيئة وطبيعة عملها فى ضوء الاطار التنظيمى

العام للحركة الرياضية .

والأنشطة الرياضية تتكون من عناصر أساسية ثلاثة تقوم على تنفيذ برامجها هيئات أهلية أو حكومية ، وهى :

– الرياضة الاجبارية : ويقوم على تنفيذ برامجها المدارس ، والقوات المسلحة ، والشرطة .

– الرياضة الاختيارية : ويقوم على تنفيذ برامجها الأندية ، ومراكز الشباب ، والوزارات ، والشرطة ، والقوات المسلحة ، والجامعات ، والمؤسسات والشركات .

– رياضة المستويات (البطولة) : ويقوم على تنفيذ برامجها الأندية والمدارس ومراكز الشباب والاتحادات الرياضية ، والقوات المسلحة والشرطة والجامعات والمدارس الرياضية والشركات .

وتعمل جميع هذه الهيئات والأجهزة فى تناسق لتحقيق الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضية وفقا للاختصاصات التى حددها القانون ولوائح النظم الأساسية . بما يضمن توفير فرص الممارسة الرياضية لفئات المجتمع الثلاث : الأسوياء ، والموهوبين ، والمعاقين .

وأبرز هذه الهيئات :

– اللجنة الأوليمبية : تنظم الدورات واللقاءات الاوليمبية والعالمية والقارية والاقليمية فى حالة اقامتها بمصر ، كما تقوم بالاشراف على إعداد الفرق التى يتقرر اشتراكها فى الدورات ، والاشتراك مع الاتحادات الرياضية الأوليمبية فى وضع برامجها الخاصة بالنشاط الأوليمبى والاقليمى .

– الاتحادات الرياضية : وتقوم بوضع السياسة العامة للعبة ، وهى ادارة شئون اللعبة من جميع نواحيها ، ووضع الأسس والمبادئ لتنظيم شئون التدريب ، واعداد الفرق القومية ، ونشر اللعبة .

الأندية ومراكز الشباب : وتختص بنشر الرياضة بين الأعضاء ، وإعداد الفرق للتمثيل المحلى والدولى .

القيادة فى المجال الرياضى :

استطاعت مصر فى الماضى أن تحرز نتائج مشرفة فى المجال الرياضى ، منها الانتصارات التى تحققت خلال الدورات الاوليمبية فى أمستردام عام ١٩٢٨ ، ولوس أنجلوس عام ١٩٣٢ ، وبرلين عام ١٩٣٦ ، ولندن عام ١٩٤٨ والتى تناولت ألعاب المصارعة والملاكمة ورفع الأثقال ، وذلك بالرغم من قلة عدد المشاركين ، وضعف الامكانات والأدوات وتواضع المنشآت .

وعندما أنشئت مراكز الشباب بالمحافظات ، وظهرت الأندية الرياضية ومراكز التدريب والمدارس الرياضية ، وعدلت القوانين واللوائح الخاصة بالشباب والرياضة – استوجب الأمر النظر بعين الاعتبار الى نوعية القادة المسئولين عن الأنشطة الرياضية والاهتمام بإعداد وصقل غير المتخصصين منهم حتى يستطيعوا الوفاء بمسئولياتهم تجاه مواقعهم .

ويتولى قيادة العمل الرياضى بالاتحادات الرياضية بمصر ، مجموعة من المتطوعين المنتخبين من جمعياتهم العمومية . وتعمل مجالس الادارة بالاتحادات الرياضية على تحقيق الأهداف القومية لكل لعبة وفقا لبرنامج زمنى يرتبط بمواعيد الدورات الاوليمبية ، ثم يتدرج الى دورات البحر الأبيض المتوسط فالدورات الافريقية فالدورات العربية وهكذا . ومن الضرورى أن تكون هذه الأهداف موضوعية يمكن قياسها حتى يمكن تقييم ما تم انجازه منها .

ولذلك فان فكرة عقد لقاءات منتظمة لتبادل الأفكار والآراء بين المسئولين بالمجلس الأعلى للشباب والرياضة ، جهاز الرياضة ، وكليات التربية الرياضية والاتحادات الرياضية ، سوف تتيح التبادل المستمر للخبرات وتوجيه أساليب العمل فى المؤسسات الرياضية .

وتنقسم قيادة العمل الرياضى بمصر الى قسمين أساسيين :

الأول : قيادة العمل الرياضى فى المؤسسات الحكومية : وينحصر

عمل هذا النوع من القادة فى وضع الاتجاهات العامة ، ومناقشة الخطط ، وتوفير الميزانية والمنشآت ، ومتابعة الصرف فى ضوء القانون الخاص بالشباب والرياضة واللوائح التنظيمية .

الثانى : قيادة العمل الرياضى فى الهيئات الخاصة : ويتميز هذا النوع بأن معظم قادته من المتطوعين ، وينحصر عملهم فى التخطيط للهيئة ، ووضع الخطط الخاصة بالنهوض بأنشطتها المتعددة ، ولهم أن يستعينوا بخبراء متخصصين لتنفيذ هذه الخطط .

ويعمل هذان النوعان من القادة – سواء على المستوى الوظيفى أو على المستوى التطوعى – من أجل تحقيق الأهداف العامة التى يضعها المجلس الأعلى للشباب والرياضة ضمن اتجاهاته ، والتى تشمل رياضة الأسوياء والمعاقين والموهوبين .

اللاعبون :

يمثل الأفراد الموهوبون فى أى مجال من مجالات النشاط الانسانى ثروة بشرية ، يجب اكتشافها وتنميتها ورعايتها والحفاظ عليها . وقد ظلت عملية اكتشاف الموهوبين تخضع لأساليب غير علمية مدة طويلة ، حيث اعتمدت على الملاحظة العابرة والخبرة الشخصية ، وغيرها من الأساليب غير المقننة علميا .

وتهدف عملية الانتقاء فى المجال الرياضى بصفة عامة الى اختيار أفضل الناشئين وفق استعداداتهم البدنية والعقلية والنفسية لممارسة نشاط رياضى معين ، والوصول بهم الى مستويات عليا فى هذا النشاط مع التنبؤ – بدقة – بمدى تأثير عمليات التدريب على نمو وتطوير تلك القدرات بطريقة تمكن اللاعب من تحقيق التقدم المستمر .

ويتنوع الانتقاء فى المجال الرياضى ، فقد يكون بغرض التوجيه الى رياضة بذاتها ، أو يكون بغرض تشكيل الفرق المتجانسة ، أو المنتخبات القومية من بين اللاعبين ذوى المستويات العليا . وفى هذه الحالة تكون للدراسة النفسية لأعضاء الفريق أهمية كبرى .

ويمكن تقسيم عملية الانتقاء من الناحية النظرية الى محددات بيولوجية ومحددات نفسية الى جانب الاستعدادات الخاصة .

وتأخذ بعض المقاييس الجسمية أهمية فى مجال الانتقاء ، مثل الطول والوزن ونسبة الدهون والسعة الحيوية وأطوال الأطراف ونسب أجزاء الجسم والصفات البدنية الأساسية . كما أن هناك عوامل أخرى لها أهميتها كمؤشرات وظيفية يجب أخذها فى الاعتبار عند انتقاء الناشئين مثل الحالة الصحية العامة والامكانات الوظيفية للجهاز الدورى التنفسى ، والاقتصاد الوظيفى وخصائص استعادة الشفاء ، والكفاءة البدنية العامة والخاصة .

لذلك نجد أن عملية انتقاء اللاعبين من أهم العمليات التى تؤثر فى المستوى الرياضى ، ومن ثم قام المجلس الأعلى للشباب والرياضة بانشاء المركز القومى للبحوث الرياضية للمساهمة فى توضيح مفهوم الانتقاء ، واجراء القياسات المتعددة على اللاعبين الحاليين لتحديد ما يحتاجه كل لاعب لتحسين مستواه . وقد جهز هذا المركز بمعامل للفسيولوجى والقياسات البدنية والنفسية ومعمل للتحليل الحركى ، بالاضافة الى مكتبة علمية تضم أحدث الدوريات المتخصصة فى هذه الفروع .

وقد أجرى بحث على (١٢) اتحادا رياضيا (العاب قوى ، جمباز ، سباحة ، رفع أثقال ، رماية ، كرة سلة ، كرة طائرة ، كرة يد ، سلاح ، مصارعة ..) فتبين منه ما يلى :

– تأهيل أعضاء مجالس الاتحادات الرياضية :

بلغت نسبة غير الحاصلين من أعضاء مجالس الادارة على شهادات جامعية ١١٪ ، بينما نسبة الحاصلين على شهادات جامعية بلغت ٨٩٪ .

– تأهيل أعضاء اللجان الفنية :

بلغت نسبة غير الحاصلين على شهادات جامعية حوالى ٧٪ بينما نسبة الحاصلين على شهادة جامعية حوالى ٩٣٪ ، منهم حوالى ٣١٪ من

خريجي التربية الرياضية .

– الدراسات التى تقوم بها الاتحادات :

بلغت نسبة الدراسات الموجهة للحكام حوالى ٤٩٪ ، كما بلغت حوالى ٣٨٪ للمدربين . أما الدراسات الموجهة للاداريين فبلغت حوالى ١٣٪ ، فى حين أنه لا توجد أية دراسات موجهة الى القادة .

– المدربون :

بلغ اجمالى عدد المدربين حوالى (٢٧٧٥) مدربا ل (١٢) اتحادا رياضيا . ويتراوح الدخل الشهرى للمدرب ما بين (٧٠ –٢٥٠) جنيها ويبلغ دخل معظمهم حوالى ١٠٠ جنيه شهريا .

– الحكام :

بلغ اجمالى عدد الحكام العاملين حوالى (٢٦٧٤) حكما ، ويتراوح الدخل الشهرى للحكم ما بين (٣٠ – ٢٥٠) جنيها ، ويقع دخل معظمهم فى شريحة (٤٠ –٧٠) جنيها شهريا .

– اللاعبون :

بلغ اجمالى عدد اللاعبين واللاعبات حوالى (٥٨٤٥٥) لعدد (١٢) اتحادا رياضيا ، منهم حوالى (٢٥٥٧٣) لاعبة بنسبة ٤٣٪ ، و٨٣٨٨ لاعبا ولاعبة من الناشئين بنسبة ١٤٪ ، و ٨٥٧ لاعبا ولاعبة من أعضاء المنتخب القومى بنسبة ١,٥٪ .

ويبلغ عدد اللاعبين عام ١٩٨٤ (١٠١٩٥) لاعبا ولاعبة ، ارتفع عام ١٩٨٨ الى (١٧٨٦٠) بزيادة قدرها (٧٦٦٥) أى بنسبة زيادة تبلغ ٢٧٪ .

– عدد المسابقات :

بلغ اجمالى عدد المسابقات السنوية المحلية حوالى (٩٧) مسابقة ل (١٢) اتحادا رياضيا بمتوسط قدره (٨) مسابقات فى العام لكل اتحاد رياضى . بينما بلغ اجمالى عدد المسابقات الدولية السنوية حوالى (٣٩) مسابقة لعدد ١٢ اتحادا رياضيا بمتوسط قدره ٣ مسابقات فى العام لكل اتحاد رياضى .

– الخطط والأهداف :

تبين أن الاتحادات لم تضع اى خطط طويلة أو متوسطة أو قصيرة ، وانما اقتصرت فقط على الخطة السنوية التى تغطى موسما رياضيا كاملا . كما أن هذه الاتحادات حققت أهدافها بنسب تتراوح ما بين ٧٠٪ – ١٠٠٪ من المستهدف .

وبتحليل المؤشرات المستخلصة من هذه الدراسة ، يتضح ما يلى :

• ١١٪ من أعضاء مجالس الادارة غير مؤهلين علميا .

• توصيات اللجان الفنية غير ملائمة للاتحادات الرياضية ، وقد يرجع ذلك الى عدم وجود المتخصصين بالأعداد الكافية داخل هذه اللجان .

• تركز اللجان الفنية على الدراسات التى تقوم بها الاتحادات على الحكام والمدربين ، مع عدم اجراء أية دراسات للقادة واجراء عدد قليل من الدراسات للاداريين .

• قلة عدد المدربين والحكام ، رغم انهما عنصران هامان من عناصر انتشار وتقدم النشاط .

• انخفاض دخل الحكام والمدربين يعتبر أحد الأسباب الرئيسية فى عدم اقبالهم على الاستمرار فى أعمالهم ، كما يؤدى ايضا الى إحجام اللاعبين عن الانخراط فى سلك المدربين والحكام .

• عدد اللاعبين فى قطاع البطولة يمثل نسبة ٠,١٪ من اجمالى عدد سكان مصر ، وهى نسبة تعتبر ضئيلة اذا ما قورنت بعدد السكان البالغ حوالى ٥٤ مليون نسمة ، مما يؤثر تأثيرا سلبيا على تقدم وازدهار البطولة فى مصر .

• كذلك تبين أيضا أن عدد اللاعبات يمثل حوالى ٠,٠٩٪ من اجمالى سيدات مصر ، وهى نسبة لا تكاد تذكر ، اذ ان عدد الاناث فى مصر يبلغ حوالى ٢٧ مليون نسمة مما يؤثر على المستوى الرياضى للسيدات .

• نسبة الزيادة فى عدد اللاعبين واللاعبات خلال أربع سنوات بلغت حوالى ٢٧ ٪ وهى نسبة تعتبر قليلة ، الأمر الذى لا يساعد على تحقيق مستوى متقدم فى مجال البطولة .

• انخفاض أعداد المسابقات المحلية والدولية لا يعمل على اعطاء فرصة جيدة للاحتكاك الكافى للاعبين ، سواء على المستوى المحلى أو المستوى الدولى ، وبالتالى لا يؤدى الى تحقيق مستوى متقدم .

• الاتحادات التى اشتركت فى مسابقات دولية أكثر حققت نتائج أفضل على المستوى العربى والأفريقى مثل السلة والمصارعة والأثقال .

• أن الاتحادات الرياضية لم تضع خططا طويلة المدى أو متوسطة المدى لأنشطة العام الرياضى ، كما أن الأهداف التى وضعتها الاتحادات أهداف غير محددة ، لم تلتزم بالاستراتيجية العامة للرياضة التى أقرها المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

نتائج الفرق الرياضية :

• بالنسبة للمستوى العربى : فانه على الرغم من أن هناك دولا عربية حققت تقدما ملحوظا فى بعض الأنشطة الرياضية واستطاعت أن تكسر الاحتكار المصرى للبطولات العربية . الا أن مصر ما زالت تحصل على المراكز الأولى ، وتتفوق على باقى الدول العربية فى أغلب الأنشطة الرياضية ، لاسيما الأثقال والمصارعة والجمباز والسلة والسلاح .

• بالنسبة للمستوى الافريقى : فقد حققت كثير من الدول الأفريقية قفزات واسعة فى بعض الأنشطة الرياضية ، كسرت بها احتكار مصر ، مما زاد من صعوبة حصولها على مراكز متقدمة فى بعض الأنشطة إلا أن مصر ما زالت متقدمة على المستوى الأفريقى فى السباحة والأثقال والهوكى والمصارعة .

• بالنسبة لمستوى البحر الأبيض المتوسط : فقد حققت مصر نتائج أفضل فى دورة سنة ١٩٨٧ (٢٢ ميدالية) عنها فى دورة عام ١٩٨٣ (١٢ ميدالية) وذلك على الرغم من اشتراكها بعدد أقل عام ١٩٨٧ منها فى عام ١٩٨٣ ، الا أنها لم تحقق نتائج تذكر فى الدورتين الأخيرتين عدا ميدالية فضية فى الجودو ، حصلت عليها مصر بمجهود فردى رغم سبق فوزها بميداليات فى رفع الأثقال والمصارعة فى دورات أوليمبية سابقة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ، وما سبق أن أوصى به المجلس فى دورات سابقة ، وما دار من مناقشات وما طرح من آراء – يوصى بما يلى :

* التزام كل هيئة رياضية بوضع خططها بحيث تتفق مع الخطة العامة للدولة ، والتى يجب أن تشمل أربعة مستويات ، هى :

– خطة طويلة المدى وتغطى نشاط الهيئة لفترة ٤ دورات أوليمبية .

– خطة متوسطة المدى وتغطى نشاط الهيئة لفترة دورتين أوليمبيتين .

– خطة قصيرة المدى وتغطى نشاط الهيئة لفترة دورة أوليمبية .

– خطة سنوية وتغطى موسما رياضيا كاملا .

على أن تتفق هذه الخطط مع الاستراتيجية العامة للشباب والرياضة وأن توضع بواسطة مؤتمرات عامة تضم جميع المتخصصين فى كل لعبة وأن يكون لكل خطة مواردها المالية .

* ضرورة التركيز على اللعبات التى يمكن أن تحرز فيها مصر بطولات فى كل مرحلة من مراحل الخطط الموضوعة .

* تشكل لجنة متخصصة لعلاج المشكلات الرياضية القومية بعد ترتيبها وفقا لأهميتها .

* دراسة التنظيم القائم المسئول عن الرياضة على المستوى القومى ومنحه الاختصاصات التى تمكنه من تحقيق الأهداف الاستراتيجية العامة للشباب والرياضة .

* تشكيل لجنة من المتخصصين فى مجالات الرياضة الحكومية والأهلية لدراسة قانون الهيئات الخاصة للشباب والرياضة واقتراح

التعديلات التى تتفق مع الواقع الفعلى .

* ضرورة تنفيذ الأعياد الرياضية بالمحافظات ، على غرار ما تقوم به الدول المتقدمة رياضيا بحيث يشترك فيها ابناء الشعب من جميع المراحل السنية من الجنسين لتشجيع الممارسة الرياضية للجميع واكتشاف الموهوبين . على أن تتوج هذه الأعياد بأعياد قومية للشباب .

* دراسة ادخال برامج التربية الرياضية لتكون ضمن المواد الدراسية فى قطاع التعليم العام تمهيدا لتطبيقها على مرحلة التعليم الجامعى وفقا لخطة زمنية محددة . مع العودة الى نظام المدرسة الرياضية واقرار ما يلزم من برامج وتنظيمات لنجاحها .

* التركيز على اكتشاف الموهوبين رياضيا فى بعض الالعاب من بين أفراد القوات المسلحة ، والشرطة ، للاشتراك فى المسابقات العسكرية الدولية ، وذلك عن طريق مسابقات تقام بصفة مستمرة بالتنسيق مع الاتحادات الرياضية المختصة .

* تشجيع اقامة أندية أهلية جديدة على ضوء تقييم دور الأندية الأهلية المحلية ، بهدف أن تتولى نشر الألعاب والانشطة الرياضية المختلفة وإعداد جيل جديد من المتفوقين فى هذه الألعاب والأنشطة .

* وضع القواعد التى تكفل تشكيل مجالس ادارة الاتحادات الرياضية من المؤهلين المتخصصين ومن ذوى الخبرة .

* ان تكون توصيات اللجان الفنية ملزمة للاتحادات باعتبار أن اللجان الفنية تضم أعلى التخصصات الفنية .

* الاعتراف بالتدريب كمهنة قائمة بذاتها خاصة بعد انشاء نقابة المهن الرياضية بفروعها الثلاثة (تعليم ، ادارة ، تدريب) مما سيؤدى الى الارتفاع بمستوى المهنة والعاملين بها .

* تشكيل لجان متخصصة – من المجلس الأعلى للشباب والرياضة – فى فروع الأنشطة الرياضية المختلفة تكون مهمتها مناقشة ما يعرض عليها من نتائج المتابعة الميدانية ، وقياس هذه النتائج وفقا للأهداف الموضوعة لكل لعبة وعرضها على المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

* انشاء هيئة تحكيم رياضية لحل أى نزاعات تنشأ فى المجال الرياضى ، وذلك كضرورة لسرعة الفصل فى هذه المنازعات بدلا من اللجوء الى القضاء .

* دراسة قضية الاحتراف ومدى إمكان الأخذ بها فى ضوء واقع المجتمع . مع وضع الشروط والضوابط اللائقة لذلك .

* الاهتمام بمراكز الشباب باعتبارها المصدر الرئيسى لاكتشاف المواهب الرياضية . على أن توضع خطة محددة للنهوض بهذه المراكز فى القرى .

* التنسيق بين اللجان المختلفة المختصة بالرياضة حتى تتوحد القرارات الخاصة بالنهوض بالمستوى الرياضى .

الاهتمام بالتربية الروحية ، أسوة بالاهتمام بالتربية البدنية والرياضية ، حيث أنهما أمران ضروريان لبناء الانسان السوى ، مع الاهتمام بصفة خاصة بتكثيف التوعية الدينية فى الاندية ومراكز الشباب .

* وضع سياسة موحدة لرعاية المواهب الواعدة فى مجال الرياضة ، حتى يمكن تحقيق نتائج أفضل فى المجال الدولى .

جـــــدول(١)

اجمالى تقدير لفئات الشباب فى عام ٢٠٠٠ (بالالف)

الفئـــــات	ذكـــــور	انـــــاث	اجمالـــــى
من ٦ سنوات واقل من ١٢	٥٥١٢	٥٤٨٦	١٠٩٩٨
من ١٢ سنه واقل من ١٨	٥٦٩٤	٥٠٢٣	١٠٧١٧
من ١٨ سنه واقل من ٣٠	٧٧٠٣	٧٧٩٨	١٥٥٠١
من ٣٠ سنه واقل من ٣٥	٢٠٦٤	٢١٩٥	٤٢٥٩
الاجمـــــالى	٢٠٩٧٣	٢٠٥٠٢	٤١٤٧٥

جـــــدول(٢)

مراكز الشباب والاندية على مســـتوى

الجمهورية من عام ٨٢ / ١٩٨٣ الى ٨٦ / ١٩٨٧

السنـــــوات	مراكز الشـــــباب		اجمـــــالى	اندية رياضيـــة
	مـــدن	قـــرى		
٨٢ / ١٩٨٣	٢٤٤	٢٦٦٧	٢٩١١	٧٨٠
٨٣ / ١٩٨٤	٢٤٩	٢٧٧٩	٣٠٢٨	٨٠٥
٨٤ / ١٩٨٥	٢٦٢	٢٦٥١	٢٩١٣	٨١٢
٨٥ / ١٩٨٦	٢٧١	٣٠٩٦	٣٣٦٧	٨١٤
٨٦ / ١٩٨٧	٢٨٠	٣١٩٠	٣٤٧٠	٨٦٥

جدول (٣)
نسبة اجمالى المستفيدين الى اجمالى العضوية
فى الانشطة الرياضية بالمحافظات حسب الارضاع فى ٣٠ / ٦ / ١٩٨٦

المحافظة	عدد الهيئات	اجمالى المستفيدين	اجمالى العضوية	٪
القاهرة	٢٦٠	١١٣٦٦٥	٥١١١٧	٢١
الاسكندرية	٢٣١	٢٣٣١١٠	٣٥٣١٦	١٥
بورسعيد	٦٩			
السويس	٤٠	١٩٨٦٠	٢٢٣٤	١١
دمياط	٩٩	٣٧٩٨٥	٣٩١٢	١٠
الدقهلية	٤٢٦	١٥٦٨٧١	٢٢٦٢٩	١٥
الشرقية	٤٣٨	٩٧٢٧٠	٤٢٧٩٩	٤٤
القليوبية	٢٤١	٧٤١٦٤	١٤٢٣٩	١٩
كفر الشيخ	٢٤٣	٤٦٦٣٢	٥٦٤٢	١٢
الغربية	٢٤٧	٩٦٨٣٣	٤٨٤١٧	٥٠
المنوفية	٢٩٧	٧٥٤٨٠	١٨٦٤٤	٢٥
البحيرة	٢٩٢	٩١٦٢٤	١٩٣٧٨	٢١
الاسماعيلية	١٣٩	٤٩٢٤٢	٢٥١٦٣	٥٦
الجيزة	٢٤٩	١٦٨٠٧٣	٢٢٤٣٤	١٩
بنى سويف	١٧٢	٤٤٧٨٧	٩٣٨٣	٢١
الفيوم	١٣٨	٥٤٩٣٤	٢١٩٧٤	٤٠
المنيا	١٥٥	٣٨٢٠١	١٤٧٨٤	٣٩
أسيوط	١٣٧	٣٦٦٩٠	٤٨٦١	١٣
سوهاج	١٥١	٤٣٣٩٩	٤١٦٠	١٠
قنا	٢٧١	٦٤٢٧٤	٨٩٩٨	١٤
أسوان	١٥٠			
البحر الأحمر	٣٢			
الوادى الجديد	٤٥	٨٢٠٠	٥٩٤	٥
مرسى مطروح	٤٨			
شمال سيناء	٥٧			
جنوب سيناء	١٦	٣٨٤٤	١٦٩	٤

القســـم الخامس

القوى العاملة

العمالة الحرفية في قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى عام ٢٠٠٠

ان التطور الاقتصادى والاجتماعى فى أية دولة يعتمد أساسا على جهود الفنيين والمهنيين ، وتعتبر القوى البشرية فى البلاد التى تفتقر الى الموارد الطبيعية مصدرا رئيسيا للثروة القومية . ومصر فى مقدمة الدول النامية التى تتسم بوفرة واضحة فى مواردها البشرية والتى تمكنها من المساهمة الايجابية فى تحقيق الأهداف المنشودة فى اطار خطط متكاملة للقوى العاملة ، ومرتبطة ارتباطاً وثيقا بخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

وقد أخذت مصر - بحكم موقعها الجغرافى ، ولأسباب متعددة - بسياسة تصدير العمالة الى الخارج ، واستهدفت العمالة المصرية أساسا الدول العربية والأفريقية مما أثار التساؤل عما اذا كان لدينا المورد الكافى من رأس المال البشرى المدرب الماهر الذى يتيح الأخذ بهذه السياسة بصفة مستمرة مع الاحتفاظ فى نفس الوقت بالقدر اللازم للتنمية فى الداخل ، وهذا يقتضى تحليل هيكل العمالة المصرية فى ضوء احتياجات التنمية والتوقعات المنتظرة لقدرة العمالة المطلوبة فى المستقبل القريب والبعيد فى الداخل والخارج لامكان تحقيق الموازنة الكاملة بين العرض والطلب .

العرض :

يتكون جانب العرض من قوة العمل (التقدير عن عام ١٩٧٨) مما يلى :-

- خريجو مراحل التعليم والتدريب المختلفة - وهم :
  * خريجوالجامعات ويقدر عددهم بحوالى ٦٪ من قوة العمل
  * خريجو المدارس الصناعية ويقدر عددهم بحوالى ٨٪ من قوة العمل
  * خريجو مدارس التدريب من العمالة الحرفية ويقدر عددهم بحوالى ٦٪ من قوة العمل
- المتسربون من مراحل التعليم والتدريب المختلفة .
- غير المتعلمين وغير المدربين وغالبيتهم من النازحين من الريف ليكون إجمالى هؤلاء ١٠٠٪ .

ويعتبر جانب العرض من حيث التقدير أبسط الجوانب حيث يعتمد على احصائيات التعليم والتدريب المنظم وكذلك على احصائيات ودراسات السكان وجميعها احصائيات متاحة ويمكن استخدامها فى التنبؤ بحجم ومستويات العرض من قوة العمل لمشروعات سنوات قادمة بدرجة كافية من الدقة - وهناك دراسات وتنبؤات قامت بها عدة جهات منها الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء ووزارة القوى العاملة والتدريب ووزارة التخطيط تشير الى مايلى :

١- السكان :

بلغ عدد السكان عام ١٩٧٦ طبقا للتعداد العام ٣٨,٢٣ مليون نسمة وبفرض تزايدهم بنفس المعدل وهو حوالى ٢,٣ ٪ بينما بلغ عدد السكان فى سنة ١٩٨٠ حوالى ٤١,٧٧ مليون نسمة وفى عام ١٩٨٧ سيصل الى ٤٨,٢٩ مليون نسمة .

٢- قوة العمل :

بلغ حجم قوة العمل عام ١٩٧٧ نحو ٩,٧٢ مليون مشتغل - وينتظر

أن يصل الى حوالى ١١.٩ مليون مشتغل عام ١٩٨٢ بمعدل زيادة سنوية بحوالى ٤٪ تقريبا وينتظر أن يزيد هذا المعدل فى السنوات التالية نتيجة لعدة عوامل أهمها تزايد عدد السكان فى سن العمل وزيادة مساهمة الاناث فى النشاط الاقتصادى .

٣- السكان خارج سن العمل :

من المتوقع انخفاض نسبة اجمالى السكان خارج سن العمل (أقل من ١٢ سنة وأكثر من ٦٥ سنة) من ٣٣.٦٪ عام ١٩٧٦ الى ٣١.٩ ٪ من مجموع السكان فى سنة ١٩٨٧ بسبب توقع تناقص معدل المواليد والتغير فى عادات السكان .

أما العوامل المؤثرة على العرض فى القوى العاملة فى قطاع التشييد فأهمها مايلى :

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت فى السنوات السابقة والتى قدرتها وزارة التخطيط بحوالى مليون ونصف مليـــون عامـــــل (احصائية عن عام ١٩٧٦) أى بنسبة حوالى ٣.٧ ٪ من اجمالى عدد السكان ، وقد أدى ذلك الى العجز الكبير فى العمالة الحرفية والمهنية الماهرة الذى نلمسه جميعا فى قطاع التشييد والبناء .

- عدم استقرار العمل فى صناعة البناء لحساسيتها للذبذبات الاقتصادية .

- عدم وجود سياسة ثابتة للتدريب مع قصور مراكز التدريب القائمة من حيث الكم والكيف والتطور العلمى الحديث .

- التناقص الطبيعى فى العمالة الحرفية بسبب الشيخوخة أو العجز والوفاة مع عدم استمرار أسلوب توريث الحرف كما كان سائدا مـــن قبل .

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطن الصناعات والخدمات فى الحضر مما يساعد على استمرار تكدس العمالة فى المدن نتيجة الهجرة الداخلية المتوالية ومايصحبها من نقص فى المهارات فى الريف وزيادة انسياب غير الفنيين الى الحضر .

هذا وتشير التقديرات والبيانات المتاحة الى أن العمالة المستخدمة فى الأنشطة الاقتصادية للقطاعات الخدمية تبلغ حوالى ٤٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ قيمة أجورها حوالى ٥٧.٦ ٪ من اجمالى الأجور - أما القطاعات الانتاجية فيبلغ عددها حوالى ٦٠٪ من مجموع القوى العاملة بينما تبلغ قيمة أجورها حوالى ٤٢.٤ ٪ من إجمالى الأجور كما هو واضح من الجدول الوارد فى الصفحة التالية (تقرير لوزارة التخطيط عن عام ١٩٧٧)

وقد قامت وزارة التخطيط بتحديد هيكل العمالة موزعا على المستويات الوظيفية عن عام ١٩٧٦ تبين منه عدم الالتزام بالشروط المحددة لشغل الوظائف مما يؤدى الى خلل فى الأداء الوظيفى وقلة فى الانتاج .

ويوضح الجدول التالى أعداد العاملين بقطاع التشييد موزعة طبقا للمستويات الوظيفية ونسبة كل منها الى مجموع عدد العاملين .

البيان	المستوى الوظيفى					اجمالى
	ادارة عليا	وظائف فنية ومتوسطة	وظائف كتابية ومساعدة	عمال مهرة	عمال غير مهرة	
العدد بالألف	٤٥.٥	٤٢	١٦.٥	١٨٢	١٨٦	٤٧٢
النسبة المئوية	٩.٦٪	٨.٩٪	٣.٥ ٪	٣٨.٦٪	٣٩.٤٪	١٠٠٪

ولماكان قطاع التشييد والبناء يعتبر بصفة عامة من الأنشطة التى تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر فى اقامة مختلف نوعيات المنشآت - حيث يبلغ مايقوم به من انتاجية حوالى ٥٠٪ من اجمالى حجم الاستخدامات الاستثمارية لخطط التنمية على مستوى الدولة - فانه بذلك يعتبر ركيزة أساسية فى كافة مجالات الانتاج والخدمات .

ولذلك فان القدرة الانتاجية لهذا القطاع تؤثر تأثيرا مباشرا على اقتصاديات كافة مشروعات الدولة ، ولما كانت القوى العاملة المدربة من أهم العوامل لزيادة القدرة الانتاجية فانه يتضح جليا مدى الارتباط بين خطط التنمية ، وتوفير العمالة الحرفية وتدريبها بالعدد المناسب وفى

البيان	قطاعات سلعية					قطاعات خدمية					اجماليات
	زراعة	صناعة وتعدين	كهرباء	تشييد	جملة	تجارة	نقل مواصلات	اسكان ومرافق	خدمات أخرى	جملة	
العدد بالألف	٤٨٣,٥	١٢٤٥,٣	٥٣,٩	٤٥٧	٥٨٥٩	١٠٥,٦	٤٢٤,٢	١٩٩,١	٢١٦٥,٨	٣٨٥٩,٥	٦٧١٩,١
النسبة المئوية حسب قوة العمل	٤٢,٨٪	١٢,٨٪	٥٪	٤,٥٪	٦٠٪	١٠,٨٪	٤,٦٪	١٢٪	٢٢,٦٪	٤٠٪	١٠٠٪
الأجور بالمليون جنيه فى السنة	٤٥٢,٠٪	٨١٦,٣	٢١,٢	١٤٨,٧	١١٣٩	٣٢٤,٣	١٧٣,٩	٣١,١	١٠١٥,٢	١٥٤٥	٢٦٨٣٥
النسبة المئوية من الأجور	١٦,٨٪	١٩,٢٥٪	٨٪	٥,٥٪	٤٢,٤٪	١٢,١٪	٦,٥٪	١,٢٪	٣٧,٢٪	٥٧,٢٪	١٠٠٪

الوقت المناسب .

الطلب :

أما بالنسبة للطلب فانه ينقسم الى قسمين : طلب محلى وطلب خارجى .

فالطلب المحلى

يتمثل فى مجموع طلبات الوحدات الإنتاجية والخدمية القائمة والمتوقع إقامتها خلال سنوات الخطة . وقد يصعب ايجاد تحديد دقيق لأعداد ومستويات وتخصصات العمالة اللازمة اذا لم تحـــدد بوضوح الاستثمارات المستقبلة .

فاذا أخذنا مثلا التقديرات الموضحة بالخطة القومية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية عن الفترة من ١٩٨٠ حتى ١٩٨٤ (من وزارة التخطيط) فاننا نجد أن اجمالى الاستخدامات الاستثمارية (عام وخاص) على مستوى الدولة يبلغ ٢٣٢٢٠ مليونا من الجنيهات ، يخص منها قطاع التشييد والبناء ١٠١٦١ مليونا من الجنيهات كما هو موضح بالجدول (أ) الوراد فى الصفحة التالية .

أما اذا أخذنا بالتقديرات الواردة بتقدير اللجنة القومية للاسكان ، فان حجم الاستخدامات الاستثمارية فى الفترة من عام ١٩٨٠ حتى عام ١٩٨٤ ، لقطاع التشييد والبناء ، يقدر بماقيمته ٨٠٠٠ مليون جنيه ، بنقص حوالى ٢٥٪ عن التقدير السابق ، ويوضح الجدول الوارد فى الصفحة التالية بيان الطلب المحلى المتوقع على العمالة الحرفية فى هذا القطاع من تقديرات الخطة القومية للاسكان .

ولما كانت الاستخدامات الاستثمارية فى قطاع التشييد والبناء مقدرة على أساس أسعار عام ١٩٧٨ فانه يلزم الأخذ فى الاعتبار التطور المنتظر فى الأسعار ، كما يلزم الأخذ فى الاعتبار أيضا الخطط الطموحة التى ستنفذها الدولة أخذا بسياسة التعمير والأمن الغذائى والاسكان ، مما سيؤدى بالتالى الى زيادة حجم العمالة الحـــرفية المطلوبة .

ولما كانت الأجور قد تضاعفت أيضا فى السنوات الأخيرة ، فانه من المناسب القاء الضوء على معدلات هذه الزيادة ودراسة أسبابها ، حتى يمكن علاج هذا التضخم . ويمكن القول انه خلال عشر سنوات من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٧٠ زادت أجور عمال التشييد والبناء بين ١٥٪ الى ٥٠٪ ومنذ عام ١٩٧٠ حتى الآن ارتفعت هذه الاجور مابين ٢٠٠٪ ، ٦٠٠ ٪ ويشمل الارتفاع أيضا الحرف المساعدة والجدول الوارد فى صفحة ٤١٨ يوضح تطور الأجور اليومية لبعض أنواع العمالة فى مجالات التشييد والبناء حتى عام ١٩٧٧ .

أما بالنسبة للطلب الخارجى على العمالة المهنية فهو يتمثل فى مجموع طلبات الدول العربية والأفريقية ، وكذلك المهاجرين الى الدول الأخرى بصفة دائمة . وهذه العمالة تشمل جميع فئات العاملين ، وتمثل نسبة كبيرة من اجمالى الطلب على العمالة الماهرة

وفى تقدير وزارة التخطيط أن متوسط حجم هذه العمالة فى السنوات الأخيرة يقدر بحوالى ١٠٠ ألف مشتغل سنويا . وليس من اليسير التنبؤ الدقيق بمعدلات الزيادة فى هذا القطاع . الا أنه يمكن تقدير الطلب الخارجى على العمالة المصرية المهنية بحوالى ٥٪ الى ٦٪ سنويا من قوة العمل ، منها نسبة كبيرة من العاملين بقطاع التشييد والبناء .

التوصيات

فى ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها والآراء التى أبديت بشأنها يوصى المجلس بالآتى :

* العمل على توفير كافة الامكانات بشرية ومادية ، للتغلب على المشكلات الناجمة عن العجز فى الحرفيين وذلك بوضع سياسة تكفل الوفاء بمتطلبات خطط التنمية للسنوات الخمس القادمة من هذه العمالة والتى تقدر بحوالى ثلاثة أرباع مليون عامل حرفى – كما تشمل إعداد العناصر الاشرافية والتنفيذية ، ورفع الكفاية الانتاجية للكادرات الفنية والمعاونة وإعداد المدربين اللازمين فى هذه المجالات .

(أ)

البيان	١٩٧٩	١٩٨٠	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤
اجمالى الاستخدامات بالمليـــون جنيـــه	٢٧٢٠	٣٧٨٧	٤٢٣٣	٤٦٣٨	٥٠٤٢	٥٥٢٠
تشييـــــــــد	١١٠٠	١٥٤٣	١٥٩٠	١٦٨٩	١٨١٣	١٩٥٥
اســــــــكان	١٧٨	١٩٥	٢١٦	٢٤٢	٢٧٢	٣١٠
مــــــــــرافق	٤٨	٥٣	٥٩	٦٦	٧٤	٨٤
اجمالى التشييـــــد والاسكان والمرافق	١٣٢٦	١٧٩١	١٨٦٥	١٩٩٧	٢١٥٩	٢٣٤٩

(ب)

بيان الطلب المحلى المتوقع على العمالة الحرفية

فى هذا القطاع من واقع تقديرات الخطة القومية للاسكان

	١٩٧٨	١٩٧٩	١٩٨٠	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥
اجمالى الانتاج باسعار ١٩٧٨ بالمليون جنيه	٨٦٠	١٠٠٠	١٢٠٠	١٤٠٠	١٦٠٠	١٨٠٠	٢٠٠٠	٢٢٥٠
العمالة الحرفية اللازمة للخطة بالألف	٢٥٠	٣٠٠	٣٦٠	٤٢٠	٤٨٠	٥٤٠	٦٠٠	٦٦٠
اجمالى العجز فى العمالة	-	٥٠	١١٠	١٧٠	٢٣٠	٢٩٠	٣٥٠	٤١٠
عدد المدربين اللازمين لخطة التدريب	٣٠٠	٧٠٠	١٠٠٠	١٤٠٠	١٤٠٠	١٤٠٠	١٤٠٠	١٤٠٠

تطور الأجور اليومية لبعض أنواع العمالة

في مجالات التشييد والبناء حتى عام ١٩٧٧

الحرفــــــــــة	١٩٦٢	١٩٦٥	١٩٧٠	١٩٧٣	١٩٧٥	١٩٧٧
	مليمجـ	مليمجـ	مليمجـ	مليمجـ	مليمجـ	مليمجـ
بناء	٠,٨٠	٠,٩٠	١,٥٠	٢,٥٠	٣,٥٠	٥,٧٠
حداد مسلح	٠,٥٠	٠,٥٥	٠,٧٠	١,٠٠	٢,٠٠	٣,٠٠
نجار مسلح	٠,٦٠	٠,٧٠	٠,٨٠	١,٢٥	٢,٠٠	٣,٥٠
سباك صحى	٠,٧٠	٠,٧٥	٠,٨٠	١,٥٠	٤,٠٠	٥,٠٠
مبيض	٠,٦٠	٠,٧٠	٠,٧٥	٠,٩٠	٢,٠٠	٣,٠٠
نقاش	٠,٧٠	٠,٧٥	٠,٨٠	١,٠٠	٢,٠٠	٣,٠٠
كهربائى	٠,٣٠	٠,٤٠	٠,٧٥	١,٠٠	٢,٠٠	٣,٢٠

* اجراء مسح دقيق لسوق العمل الخارجي بهدف وضع استراتيجية قومية تقوم على أسس علمية لتحديد حجم الطلب على العمالة المصرية فى الخارج والعمل على توفيرها .

* تعديل هيكل التعليم بمايؤدى الى التوسع فى التدريب المهنى ، وذلك بايجاد نوع من التنسيق بين أجهزة التعليم وأجهزة التدريب على المستوى القومى – وربط التعليم الفنى والجامعى بالاحتياجات الفعلية لقطاع التشييد ، لتوفير التخصصات الفنية – وكذلك تشجيع الايفاد الى الخارج فى زيارات علمية للتعرف على التطورات الحديثة فى مجالات البناء – والاهتمام بالتدريب الذى يسبق الالتحاق بالعمل والتدريب المستمر طوال الحياة العملية للفرد . والتأكيد على ضرورة زيادة دور القوات المسلحة فى إعداد الفنيين من مختلف المستويات .

* ضرورة ربط الاجر بالانتاج وذلك عن طريق وضع معدلات أداء قياسية اذا ان السياسة الحالية للأجور لاتحقق الهدف فى رفع الكفاية الانتاجية ، ويكاد قطاع التشييد أن ينفرد باتباع نظم مختلفة للأجور تتباين من شركة لأخرى .

* اعادة النظر فى الهياكل الوظيفية لقطاع التشييد ، وتنظيمها بما يكفل التوازن بين حجم الأجهزة الفنية وحجم المعاونة المالية والادارية والخدمات حتى يسير العمل فى الاطار الاقتصادى للانتاج مع وضع نظم سليمة للحوافز ايجابية وسلبية .

* الحد من الهجرة الداخلية للعمالة وما يستتبع ذلك من ايجاد توازن فى توزيع السكان وذلك بالتنسيق فى توزيع مشروعات الخطة بين الحضر والريف بهدف النهوض بالقرية والقضاء على تخلفها عن التطور العمرانى .

* وضع استراتيجية لكافة مجالات العمالة وذلك بالتنسيق بين كافة الأجهزة الاحصائية لتوفير احصاءات دقيقة فى كل مايتصل بالتخطيط العلمى للقوى العاملة واتباع الأساليب الحديثة فى هذا الشأن ، وانشاء بنك الموارد البشرية لتوفير المعلومات الضرورية – مع ايجاد الضوابط والأنظمة التى تكفل قياس مستويات العمالة المهنية والحرفية .

* التأكيد على ما سبق أن أوصى به المجلس القومى للتعليم والبحث العلمى والتكنولوجيا فى شأن استراتيجية إعداد الفنيين حتى عام ٢٠٠٠ .

تخطيط القوى العاملة ودوره فى التنمية

ان تعميق الجانب الاجتماعى فى الاستراتيجية الحضارية الشاملة يبرز أهمية الدور الذى يلعبه الانسان فى بناء المجتمع الجديد ، فالانسان المصرى هو العنصر الرئيسى للانتاج ، وكلما نجحت التنمية الاجتماعية فى زيادة قوة العمل المنتجة ورفع مستوى مهارتها وكفايتها وقدرتها على الابتكار ، أدى ذلك الى زيادة الانتاج . ومعنى ذلك أن للتنمية الاجتماعية عائدا اقتصاديا مباشرا يمكن حسابه وذلك بالاضافة الى العائد الاجتماعى ، والانسان كذلك هو مستهلك السلع والخدمات ، والتنمية الاجتماعية تساعد على ترشيد الاستهلاك والربط بين حاجة الانسان الى الاستهلاك وقدرته على تحقيق زيادة حقيقية فى الانتاج ، كما تساعد التنمية الاجتماعية أيضا على تنمية نشر الوعى الادخارى ، وعلى توجيه المدخرات نحو الاستثمارات المنتجة .

وقد ترتب على اهمال الجانب الاجتماعى فى التنمية تفاقم المشكلة السكانية فى مصر واستمرار الهجرة من القرية الى المدينة بمعدلات عالية

أدت الى انفجار سكانى فى المدن الكبرى ، وانخفاض مستوى الدخل الحقيقى للفرد والعجز عن تصفية الأمية والأمراض المتوطنة وعدم وجود خطة قومية للعمالة ترتبط بها خطط للتعليم والتدريب ، وهبوط انتاجية العمل وعدم توافر السلوك الاجتماعى المطلوب لنجاح عملية التنمية ، هذا بالاضافة الى قصور المرافق والخدمات الضرورية للإنتاج ولحياة المواطنين .

وتهدف التنمية الاجتماعية الى تنمية الثروة البشرية وزيادة قدرتها على العطاء والعمل ، وهى التزام على الدولة فى مواجهة المواطنين كما أنها ضرورة للتنمية الاقتصادية ولتحقيق التقدم المادى والاستقرار السياسى لذلك أخذ فى الاعتبار أن يكون من الأهداف الرئيسية للاستراتيجية الحضارية بناء الانسان الجديد ، ودخول عصر العلم والتكنولوجيا والتقدم الحضارى القائم على العلم والايمان .

وانطلاقا من هذا المفهوم تكون التنمية عملية مستمرة تحتاج الى حشد كافة الموارد والامكانات المتاحة وفى مقدمتها العنصر البشرى باعتباره أهم العناصر فى احداث هذه التنمية . وعدد السكان ليس هو البعد الوحيد فى إحداث هذه التنمية ، بل ان نوعيات هؤلاء السكان وخصائصهم وحجم وكفاءة قوة العمل تمثل بعدا أكثر عمقا وأهمية فى عمليات التنمية ، لذلك فان المقدرة على تحقيق معدلات كبيرة للنمو الاقتصادى انما هى رهن بالبشر قبل غيرهم من موارد الثروة المتاحة .

كما أن التنمية الاقتصادية لا يمكن أن تكون غاية فى ذاتها ، بل هى ضرورة لرفع مستوى الدخل الحقيقى للفرد ، ولتوفير مايحتاج اليه من خدمات ومرافق ولتحقيق العدل والرخاء .

أهداف استراتيجية التنمية الاجتماعية :

ترتكز هذه الاهداف على النقاط الرئيسية الآتية :

* الارتفاع المستمر بمستوى أداء الانسان المصرى باعتباره العنصر الفعال فى زيادة الانتاج وبالتالى لتنمية المجتمع اقتصاديا واجتماعيا وذلك من خلال تطوير نظم وسياسات التعليم والتدريب والبحث العلمى بمايؤدى الى الوفاء باحتياجات المجتمع ، من حيث الكيف والكم ، بالتخصصات والمهارات تدريجيا وبما يكفل احداث التوازن بين الاحتياجات والموارد من القوى العاملة المؤهلة والمدربة فى الأجل القصير والبعيد.

* الارتقاء بالمستوى الصحى للانسان المصرى ، ليس بغية استمتاعه بحياته فقط بل فى ذات الوقت لزيادة قدرته على البذل والانتاج ، وذلك من خلال معالجة السياسة الصحية للجوانب المختلفة للطب الاجتماعى والعلاجى والوقائى وارتباط المشاكل الطبية بالمجتمع وبمراعاة التوازن الاقليمى لأداء الخدمات الصحية تحقيقا للتقارب بين الريف والحضر ، للحدمن استمرار تحرك الهجرة الداخلية فى اتجاه الحضر .

* توفير المناخ الاجتماعى الذى يغرس فى أعماق الانسان المصرى الاحساس بالاطمئنان على حياته ومستقبله هو وأبناؤه ، وذلك من خلال توفير خدمات الأمن والعدالة والتأمينات الاجتماعية وتطويعها للحفاظ على حياة المواطن وماله وعرضه وحقوقه فى اطار سيادة القانون .

الموارد البشرية والقوى العاملة :

تعتبر الموارد البشرية فى بلادنا - بحق - الثروة القومية الأولى للمجتمع ، ولايمكن للتنظيمات والتشريعات وحدها إحداث التغيير المطلوب من ملامح مجتمعنا وتهيئة المناخ الملائم ودفع عجلة التنمية بدون جهد الافراد ومشاركتهم ، فالموارد البشرية أيسر استثمارا وأسرع عائدا من الموارد المادية .

ويتحقق الاستثمار الأمثل للموارد البشرية عن طريق تخطيط القوى العاملة داخل الاطار العام لخطة التنمية ، ويرتكز تخطيط القوى العاملة على ثلاث ركائز رئيسية وهى :

أولا : الاستغلال الكامل للطاقات البشرية بتحقيق مستوى الاستخدام وحصر البطالة الوقتية أو الانتقالية فى أدنى حد مستطاع والتوزيع الأمثل للعمالة القائمة .

ثانيا : تحقيق الاستخدام الأمثل والأفضل للقوى العاملة عن طريق ترشيد المنبع الجديد والقوى العاملة بتوجيه الأفراد الى مجالات التعليم والتدريب ثم الأعمال التى تتناسب مع استعداداتهم الطبيعية وميولهم الخاصة والتى تبلغ كفايتهم الانتاجية فيها أعلى مستوى .

ثالثا: صيانة الموارد البشرية بما يحقق الحفاظ على قدرة العامل وانتاجيته ، لكى يحقق أقصى حجـــم انتاج ممكن على مدى حياته العملية .

التنمية والعمالة :

هناك ارتباط وثيق بين سياسات وبرامج التنمية وبين حجم العمالة وهذا الارتباط ذو شقين ، الشق الأول خاص بأهداف العمالة فى خطط التنمية أى حجم فرص العمل التى تحققها الخطط ، والشق الثانى خاص باحتياجات خطط التنمية من القوة العاملة كما ونوعا ، وتقدر هذه الاحتياجات بناء على معايير أو أنماط انتاجية خاصة ، وتقوم هذه المعايير أو الأنماط على أساس مايحتاجه حجم معين من انتاج السلعة أو الخدمة من مختلف فئات القوى العاملة كما ونوعا . ومن شأن هذا الارتباط أن يؤثر فى نوعية الاستثمارات ، حيث يراعى التوازن الواجب بين الاستثمارات المكثفة للعمالة والاستثمارات المكثفة لرأس المال .

وحتى اذا كان توفير أكبر قدر من فرص العمل لامتصاص تراكمات البطالة الجزئية والمقنعة أو لمواكبة معدل الزيادة الكبير فى عدد الســكان ، يتطلب التركيز على الاستثمارات ووسائل الانتاج المكثفة للعمالة ، فان هناك أنواعا معينة فى الصناعات تتطلب الأخذ بالوسائل المكثفة لرأس المال ، مثل الصناعات الأساسية التى تؤثر فى نفقات انتاج صناعات أخرى كالسماد والمبيدات الحشرية مثلا .

وفى جميع الأحوال يجب توجيه سياسات التدريب والتعليم على النحو الذى يحقق أهداف العمالة فى خطط التنمية ويسد احتياجات هذه الخطط من مختلف فئات القوى العاملة كما ونوعا .

أهم خصائص القوى العاملة المصرية :

قبل محاولة التصدى لرسم اطار تخطيط القوى العاملة ، نستعرض أولا بعض خصائص القوى العاملة المصرية التى تمثل هيكلها ووضعها القائم ، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلى :-

* تخلف قدرات قوة العمل ونسبتها الى مجموع السكان عن نظائرها فى الدول المتقدمة حيث تقدر نسبة قوة العمل الى اجمالى السكان بمايتراوح بين ٢٦٪ - ٢٨٪ وهى نسبة منخفضة بالقياس لنظائرها ، ليس فى الدول المتقدمة فحسب ولكن أيضا فى كثير من الدول النامية ، تكاد تكون هذه النسبة ثابتة منذ خمسة عشر عاما .

* تشكل قوة العمل الزراعية - حوالى ٤٢٪ من اجمالى قوة العمل - أكبر مستودع لامداد المجتمع بالمهارات بشرط تنميتها وإعدادها .

* يعوق انخفاض المستوى التعليمى وانتشار الأمية - الجهود المبذولة لتنمية القوى العاملة .

* تخلف هيكل المهارة فى بعض القطاعات عن نظيره فى الدول المتقدمة فضلا عن الخلل الذى يعانيه بسبب نقص حلقات المهارة الوسطى .

* يضاف فائض الخريجين الى صور البطالة المقنعة ، فتضيع ثمرة التعليم ، وتضمر طاقة الشباب .

* لايزال معدل الاستخدام قاصرا عن استيعاب الداخلين فى قوة العمل ، ومن باب أولى عاجزا عن امتصاص تراكمات البطالة .

أهم مقومات تنمية القوى العاملة :

يتطلب تخطيط القوى العاملة تهيئة بعض المقومات الاحصائية والعلمية أهمها :

* الاتفاق على مسميات مختلف المهن والاعمال وتحديد مواصفات واضحة لها .

* حصر منشآت التعليم والتدريب ومصادر إمداد قوة العمل الأخــرى ، وتقديرا مايمكن أن توفره من مهارات لموازنته مع احتياجات الطلب كما ونوعا وتوقيتا ، والسعى الى دعمها ماديا وبشريا من الجهات المنتفعه بخريجيها .

* العناية بخلق المزيد من فرص العمل المنتجة .

* ترشيد الهيكل الوظيفى ومكونات المهارة فى الأنشطة المختلفة .

* تصحيح سياسات الإجور والحوافز لتحرك العمالة فى الاتجاه الصحيح ولترشيد الانتاج والخدمات .

* توفير استخدام المؤثرات العلمية لتقدير الطلب على قوة العمل فى ضوء خبرات الماضى ومعدلات الانتاجية والمقارنات الدولية .

* توفير الدراسات الاحصائية عن حجم وخصائص قوة العمل الحالية والمتوقعة والطلب المحلى والخارجى على قوة العمل حسب المهن والتخصصات والمستوى التعليمى ومشكلات قوة العمل فى القطاع الخاص وتوفير بيانات دورية عن هيكل العمالة والمهن فى القطاعات المختلفة .

* تشجيع اجراء البحوث العلمية الخاصة بتنمية الثروة البشرية ومستوياتها التعليمية والتدريبية ، على الاخص بحوث الحوافز لوضع الحلول السليمة للمشاكل العمالية .

ومما لاشك فيه أن تنمية القوى العاملة تستغرق وقتا طويلا قد يمتد الى سنوات أن التنمية فى ذات الوقت تشكل مطلبا ملحا يجب الاستجابة اليه ولذلك فان الأمر يقتضى السعى فى الاتجاهين التاليين معا .

الاتجاه الاول : مواجهة المشكلات والظواهر العاجلة .

الاتجاة الثانى : رسم سياسة قومية ثابتة للموارد البشرية تنمية وإعدادا .

أولا: التحرك العاجل :

- توفير فرص عمل منتجة ومكثفة للعمالة دون اغفال لماتقتضيه السياسة الاقتصادية من مشروعات مكثفة لرأس المال .

- التوسع فى دراسة أسواق العمل الخارجية وقد يساعد على ذلك انشاء شبكة من مكاتب العمل فى مختلف المناطق .

- تجميع وتحليل البيانات المتاحة عن السكان والمعروض من قوة العمل والطلب عليها فى القطاعات المختلفة كركيزة أساسية للانطلاق منها نحو خطة متكاملة للقوى العاملة .

- الابتعاد عن أية صور جديدة للعمالة الزائدة والحد من التعليم فى بعض المراحل التى لاحاجة اليها كذلك بعض تخصصات فى التعليم الفنى والمعاهد العليا والجامعات ، وترشيد استخدام فائض الخريجين عن طريق معاودة تدريبهم أو تشجيعهم على العمل المنتج .

ثانيا : سياسة قومية للموارد البشرية :

تستلزم طبيعة الامور السعى الى تحقيق أقصى معدلات التنمية من خلال الاستخدام الكامل على مرحلتين :-

الاولى : خطة قريبة الأجل :

تهدف الى تعبئة المناخ علميا واقتصاديا وتنظيما وبشريا لتحقيق أهداف التنمية من خلال :

- تدعيم الخبرات المختلفة المعنية بالثروة البشرية على جميع المستويات بمراعاة الحلول التى انتهت اليها مشكلات المرحلة العاجلة وصولا الى أعلى درجات التكامل والتنسيق .

- التدرج فى ممارسة خطط قياسية تجمع بين الإعداد والاستخدام وتسعى الى ترشيد الموارد البشرية والمادية فى قطاعات وأقاليم محددة .

* استكمال مواصفات المهن والاعمال بدءا من القطاعات والاقاليم الرائدة وتتدرج مستوياتها بمايسمح بمقابلة تفاوت مهارات أفراد قوة العمل.

- التنسيق مع سياسات الانفتاح لتترابط فرص العمل ذات التكنولوجيا المتقدمة فى هذه الأنشطة قدر الامكان مع نظائرها من فرص العمل الداخلية ذات الطبيعة المكثفة للعمالة .

- التحرك المتوازن بين إعداد قوى العمل بالمهارات اللازمة وبين الاستراتيجية الجديدة للمشروعات بحيث يسبق الإعداد من حيث التعليم والتدريب موعد التشغيل ، وبما يقلل من هجرة أهل الريف الى المدن ويعمل على تحسين انتاج قوة العمل من الاناث.

الثانية : خطة طويلة الأجل :

تهدف الى كفالة الحق لكل فرد على مجتمعه فى توفير فرصة العمل المستقر والمنتج والمجزى الذى يلائم تخصصه وقدراته وذلك من خلال :

– اطراد التقدم فى اساليب تقديرات العرض بتوجيه سياسات التعليم والتدريب وفقا لاحتياجات المجتمع فى المدى الطويل ، وترشيد الطلب بين المشروعات الكبيرة والصغيرة وتصويب التحرك المتوازن بين الاستثمار فى المشروعات والاستثمار فى البشر مما يزيد حجم القوى البشرية المنتجة ، ومن ثم عائد الاجر كدخل فردى يزيد بدوره فى الدخل القومى وعدالة توزيعه .

– السعى نحو تحسين هيكل العمالة بين الانشطة الرئيسية وماتحويه من هياكل للمهارة تسمح بتطبيق المزيد من التكنولوجيا المتقدمة بشرط أن تتناسب معها قدرات الأفراد .

– تنظيم الهجرة والعمل بالخارج بالصورة التى تحقق أكبر عائد على المجتمع دون اخلال باحتياجات الأسواق الداخلية .

– اصدار التشريعات التى تضمن أمان العامل وأمانته وتحقيق زيادة انتاجه ورفع انتاجيته وتوفر للمجتمع عناصر رخائه وحضارته .

إطار التدريب ومسئولياته :

يشكل التدريب بعدا حاكما من أبعاد تنمية الثروة البشرية لمختلف مستويات قوة العمل وهو أكثر ارتباطا بخبرات العمل منه بتنمية شخصية الفرد التى يستهدفها التعليم ، ولذلك فهو يسعى الى مقارنة مواصفات الاعمال بقدرات الاشخاص ليجتاز بهم الفجوة التدريبية الواقعة بينهما – الا أن هذا لايعنى اغفال أهمية التعليم كقاعدة أساسية للتدريب ، حيث لايمكن تصور نجاح برامج التدريب على الاعمال الفنية الا اذا توافر لدى الافراد تحت التدريب الحد الأدنى من المعرفة والمعلومات عن التقدم العلمى ووسائل الانتاج الحديثة فضلا عن القيم والسلوكيات المؤثرة فى مستوى الاتقان بصفة عامة .

وهناك مبادىء أساسية لإطار التدريب من أهمها :

* ضرورة تكامل التعليم والتدريب ضمانا لارتقاء المهارات بين العلم والعمل وبين النظرية والتطبيق أثناء الدراسة وقبل الالتحاق بالعمل وبعده مع مراعاة تطبيق مبادىء التوجيه المهنى قبل التدريب وفى المراحل الأولى للتعليم بمايساعد الافراد على تكوين الميول التى تتفق مع استعداداتهم الطبيعية .

– الاستفادة من الخبرات الرائدة فى التعليم والتدريب والانتاج والخدمات .

– السعى الى أقصى استخدام لامكانات التدريب داخل العمل وبأرشد الأساليب باعتبارها أكبر مصدر من مصادر الطاقة التدريبية .

– تمثل مرحلة المتابعة أهم مرحلة من مراحل العملية التدريبية حيث يتوقف على حصيلتها تقييم وتصويب باقى المراحل الأخرى .

– مضاعفة حجم التدريب ليواجه متطلبات المهن الحاكمة والحرجة والمسرحين وفائض نظام التعليم ومتسربيه وصور البطالة المقنعة فضلا عن الوفاء باحتياجات أسواق العمل الخارجى .

– الاهتمام بالتدريب السلوكى مع ضرورة التركيز على اختيار القدوة الحسنة والاصرار على تأييدها .

– ينبغى أن تترجم خطط التدريب الى أحجام كمية وأهداف نوعية على مستوى المنشأة والقطاع والأقاليم ، لتواجه الطلب على مختلف المهن وتحسين مستويات الاداء ومعدلاته .

– ضرورة دفع الافراد نحو مزيد من التعليم واكتساب المعرفة والخبرات النافعة إثراء لقدرات المجتمع البشرية ، ولكى يكون التقدير مرتبطا بمايبذل من جهد تدريبى .

* اعداد المدرب واخصائى التدريب بالمستوى العلمى والفنى والتربوى مع فتح مجالات التقدم أمامه جذبا لأفضل العناصر

التوصيات

وعلى ضوء الدراسات التى قدمت عن هذا الموضوع ، والمناقشات التى دارت حولها الآراء التى أبديت بشأنها ، يوصى المجلس بمايلى :–

* أن يتم التخطيط للقوى العاملة ، باعتباره جزءا لايتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، ضمن الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل ، بحيث يتم التنسيق بين سياسات الاستثمار ، وسياسات الاستخدام والاجور وسياسات التعليم والتدريب وباقى السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة بهدف توسيع الطاقة

الاستيعابية للاقتصاد المصرى لتستوعب نوعيات كافة نوعيات العمالة مستقبلا .

* أن تشترك فى « تخطيط القوى العاملة » جميع الوزارات والهيئات والجهات التى يدخل هذا الموضوع ضمن مسئولياتها وأن يتم التنسيق والتعاون بينها عن طريق المجلس الأعلى لتخطيط القوى العاملة .

* وأن يستهدف هذا التخطيط مايأتى :-

- الوصول الى مستوى الاستخدام الكامل للقوى العاملة ، مع استمرار المحافظة على النحو الذى يكفل حق العمل المستقر المجزى لكل مواطن .

- الاستخدام الأمثل للموارد البشرية بحيث تسهم بأوفر نصيب فى زيادة الانتاج وتنمية الدخل القومى ، ويستدعى ذلك توزيع الافراد على الأعمال المناسبة لاستعداداتهم الطبيعية وميولهم الخاصة ، وتدريبهم على ممارستها بأحدث وسائل التدريب والعمل ، مع تهيئة العوامل الكفيلة بأدائهم لأعمالهم على المستوى الأمثل .

- صيانة الموارد البشرية والعمل على ضمان طمأنينتها الاجتماعية واستقرارها النفسى .

* أن يراعى التنسيق المستمر بين الاستثمار والاستخدام مع الاحتفاظ بالتوازن النسبى الواجب بين المشروعات الاستثمارية المكثفة لرأس المال وتلك المكثفة للعمالة . وكذلك التنسيق بين التوزيع النسبى لهذين النوعين من المشروعات الاستثمارية وبين سياسات الاجور .

* أن يتم تحقيق هذا التوازن على مراحل ، لتعذر تحقيقه دفعة واحدة - نظرا للضغط السكانى المتزايد وانتشار البطالة الجزئية - ويقترح أن تتابع هذه المراحل على النحو التالى :

- سد الثغرة بين معدل تزايد السكان - ومن ثم معدل تزايد القوى العاملة المتاحة وبين معدل ماتتيحه وماتقدمه برامج التنمية من زيادة فى فرص العمل مما يؤدى الى وقف تراكمات البطالة الجزئية والمقنعة .

- الاسراع فى التنمية الاقتصادية وتوسيع نطاقها لكى تسير بمعدل يفوق معدل تزايد السكان حتى يمكن أن تمتص البطالة الجزئية التى تراكمت على مدى الأعوام السابقة قبل سد تلك الثغرة .

- الاحتفاظ بالتوازن المطلوب بين معدل التنمية وبين معدل تزايد السكان ولايتحقق ذلك بالتوازن الكلى بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين مجموع فرص العمل فحسب ، بل يجب أن يكون هذا التوازن الكمى مصحوبا بتوازن نوعى ، يشمل مختلف أنواع المهن ومستويات الفن والمهارة ، حتى لايوجد عجز فى بعضها وفائض فى البعض الآخر ويتطلب هذا التوازن النوعى - التنسيق بين السياسات التعليمية والتدريبية وبين سياسة الاستخدام .

* أن تعطى الأولوية لامتصاص " البطالة الجزئية " وذلك عن طريق الاعتماد على المشروعات الاستثمارية المكثفة للعمالة على أن يقترن ذلك بالوسائل المكثفة لرأس المال بالنسبة لصناعات معينة وهى الصناعات التصديرية والأساسية بوجه خاص .

* أن توضع موازنة سنوية للقوى العاملة ، اذ ان هذه الموازنة من أهم أدوات تخطيط الموارد البشرية ومتابعته ، فهى التى تحقق التوازن بين القوى العاملة المتاحة من جهة وبين احتياجات الاقتصاد القومى من مختلف الأعمال والمهن ومستويات المهارة من جهة أخرى . كما أنها تكشف عن العجز والفائض فى مختلف هذه المهن والمستويات .

* توفير المقومات الأساسية لاعداد موازنة القوى العاملة على الوجه الكامل ، وبما يكفل لها النجاح وأهم هذه المقومات :

- الإحصاءات والدراسات الديموجرافية المتقدمة والتى يرجع اليها فى تقديرات التغيرات المتوقعة للسكان والقوى العاملة المتاحة .

- الاحصاءات الدورية الدقيقة للاستخدام والبطالة فى مواعيدها المحددة.

- وجود تصنيف وتوصيف مهنى دقيق .

- وجود معايير دقيقة لقياس احتياجات مختلف المشروعات من القوى العاملة كما ونوعا مع الأخذ فى الاعتبار التغييرات التى تحدث فى عوامل الانتاج .

- احصاءات التعليم والتدريب التى تبين الفرص أو الامكانات المتاحة فى مختلف مجالاتهما .

- كفاءة شبكة مكاتب الاستخدام ، بحيث يمكن التعرف على الصورة الكاملة لسوق العمل .

إعداد وتنمية الموارد البشرية

تعتبر الموارد البشرية الثروة الأولى للمجتمع ، ولذلك فان التطور الاقتصادى والاجتماعى فى أية دولة يعتمد أساسا على جهود الفنيين والمهنيين ، ويواجه المجتمع المصرى المعاصر حاليا نقصا شديدا فى العمالة الماهرة فى كافة المجالات وعلى الأخص مجالات الانتاج الأساسية - فى نفس الوقت الذى يوجد فيه فائض فى تخصصات أخرى - ويرجع النقص فى العمالة الماهرة وعدم توازن سوق العمل الى أسباب كثيرة ستوضح فيما بعد ، كما سيوضح أيضا حجم النقص فى القوى العاملة المدربة اللازمة لتنفيذ مشروعات التطوير الاقتصادى والاجتماعى وكذلك الحلول المقترحة للتغلب على هذه المشكلة .

مصادر العمالة الماهرة

- صبية الورش والمحلات الخاصة :

وهم الصبية من الأميين والمتسربين من التعليم الذين يلتحقون بالورش الخاصة حيث يتدربون على حرفهم مع أصحاب هذه الورش والمحلات أو مساعديهم من قدامى العمال . وبالرغم من عدم وجود أى نظام تعليمى أو تدريبى لهم ، إلا انهم يكتسبون الخبرة من مزاولتهم للعمل ، ويبلغون حدا من المهارة ، يتوقف على قدرة كل منهم الخاصة فى الملاحظة والمحاكاة . كما تتوقف أيضا على معاملة اسطواتهم لهم وخبرتهم . وبعد سنوات طويلة من الممارسة العملية يصبح هؤلاء الصبية معلمين لغيرهم وما يزال هذا النظام قائما فى عدة وحدات انتاجية بجانب القطاع الخاص ، ومايزال هؤلاء الصبية مصدرا من مصادر القوى العاملة لكثير من الشركات ، وان كان عدد الصبية الملتحقين بالاعمال الخاصة قد قل عن ذى قبل . وتقوم وزارة القوى العاملة بمحاولة لتهذيب هذا القطاع باتاحة الفرصة لتدريب الصبية ممن تتراوح اعمارهم بين ١٢- ١٥ سنة فى مدارس ومراكز التدريب قبل التحاقهم بالعمل ، ويشمل برنامج التدريب بعض الجوانب الثقافية بجانب التدريب العملى مع اعفاء اصحاب الورش من التأمينات الاجتماعية عن هؤلاء الصبية ، وصرف مكافآت تدريب لكل صبى .

- خريجو المدارس الثانوية الفنية :

يؤخذ على خريجى هذا النظام عدم توفر التدريب والخبرة العملية للخريجين وتغلب الجانب النظرى عليهم ، ولذلك فهم أقل مهارة من غيرهم ، مما صرف معظم الشركات عن الاستفادة بهم فى خطوط الانتاج والصيانة . ومن واقع بيانات وزارة القوى العاملة (ادارة توزيع الخريجين) يتضح وجود فائض كبير فى بعض تخصصات هؤلاء الخريجين ، كما يظهر عجز أيضا فى قليل من التخصصات ، الأمر الذى يؤكد أهمية الوقوف على حقيقة الاحتياجات لسوق العمل لتصويب هذا الموقف وتوجيه الشباب الى المهن المطلوبة والتوسع فى التدريب عليها .

- خريجو مراكز التدريب المهنى (نظام التلمذة الصناعية الحديثة) :

وهو النظام الذى تتبعه وزارة الصناعة (مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى) وبعض الشركات الكبيرة حيث يلتحق بهذا النظام الحاصلون على الاعدادية العامة (مثل المدارس الثانوية الفنية) ومدة التدريب نحو ٣٣ شهرا منها نحو ٩شهور فى مراكز التدريب المهنى المعدة لاستقبال عدد محدد من الطلبة يتفق وعدد أماكن العمل المتاحة

بكل تخصص ، وباقى المدة للتدريب التطبيقى داخل احدى الشركات مع العودة للمركز يوما أو يومين أسبوعيا لتلقى المواد النظرية الثقافية والعلمية التى يقدر وقتها بنحو ٣٠٪ من مدة التلمذة الصناعية . وخريجو هذا النظام عادة أكثر مهارة وخبرة من زملائهم خريجى الثانوى الصناعى ، لما يتاح لهم من فرص تدريب عملى بالشركات ، ويقدر عدد خريجى هذا النظام بنحو ٦٠٠٠ خريج سنويا

ويوجد حاليا نحو ٣٧ مركزا تابعا لمصلحة الكفاية الانتاجية ونحو ٩ مراكز ملحقة بالشركات تعمل بهذا النظام ، ويجرى حاليا انشاء ٢٥ مركزا جديدا سعتها نحو ٢٦٠٠ متدرب فى الفترة الواحدة (يمكن تشغيل المركز فترتين) وتطبق هذه المراكز نظما أخرى للتدريب (قصير المدى) لإعداد العمال محدودى المهارة ولرفع مستوى مهارة العاملين وتصميم برامج لتوفير مهارات خاصة مطلوبة لبعض الشركات.

- الشركات الصناعية والانتاجية :

يوجد ببعض الشركات الصناعية والبترولية والكهربائية والانتاج الحربى مراكز تدريب لإعداد العمالة الجديدة اللازمة لها ولرفع مستوى مهارة العاملين فيها دوريا . ويبلغ عدد هذه المراكز وفقا لبيانات وزارة القوى العاملة ٣٩ مركزا تخرج سنويا نحو٧٦٢٠ متدربا فى تخصصات تتناسب مع احتياجات هذه الشركات ومدة التدريب بهذه المراكز من ٤ شهور الى سنتين حسب التخصص .

- وزارة التعمير والدولة للاسكان واستصلاح الأراضى :

يتبع جهازالتدريب للتشييد والبناء نحو ٢٠ مركزا للتدريب المهنى أنشئت ضمن خطة طموحة تشمل ٦٢ مركزا للتدريب المهنى و ٣ مراكز لاعداد المدربين .

وتبلغ امكانات هذه المراكز الحالية اعداد نحو ١٠٠٠٠ متدرب سنويـا ، هذا بجانب وجود بعض مراكز التدريب ملحقة بشركات المقاولات أهمها معهد التدريب التابع للمقاولين العرب ، وهذه المراكز تقوم بإعداد وتدريب العمالة اللازمة لقطاع التشييد والبناء والتى تبلغ نحو ٦٠ ألف عامل جديد سنويا ، ويتم التدريب على نظام التدريب السريع لمدة ٦شهور فى المتوسط للدورة الواحدة كما أن مراكز إعداد المدربين يمكنها توفير ٣٠٠ مدرب سنويا .

- الوزارات الأخرى :

يتضح من بيانات وزارة القوى العاملة أنه يوجد بعض مراكز التدريب المهنى تابعة لوزارات مختلفة يبينها الجدول التالى :

الوزارة	حكومى		قطاع عام	
	عدد المراكز	طاقة التدريب	عدد المراكز	طاقة التدريب
النقل والمواصلات والنقل البحرى	١٣	٤٤٣٠	١١	٢٧٠٠
الرى	٥	١٠٠	١	٣٢٤
امانة الحكم المحلى	٣٩	٢٢٦٠	-	-
الصحة	٤	١١٧٠	-	-
الشئون الاجتماعية	٥٢	٣٠٠٠	-	-
التموين والتجارة الداخلية	-	-	٥	٣٤٨
المالية	١	٥٠٠	٢	٣٠
جهاز رعاية الشباب	٣٢	١٤٢٠	-	-
الطيران المدنى	١	٢٠٠	-	-

معاهد اعداد الفنيين :

وهى اما نظام السنوات الخمس بعد الاعدادية أو السنتين بعد الثانوية العامة وكلاالنظامين يهدف لإعداد الفنيين (ويسمى الخريج حسب قانون التعليم الاخير - فنى أول) وهم الطبقة الرئيسية وحلقة الوصل بين العاملين فى خطوط التنفيذ والانتاج ، ويقدر خريجو هذه المعاهد حاليا بنحو ٢٩ ألف خريج سنويا وتتوسع وزارة التعليم حاليا فى نظام السنوات الخمس وتطويره بما يرفع من مستوى خريجيه .

ويوجد معهدان من هذه المعاهد لإعداد المدربين (خمس سنوات بعد

الاعدادية) اللازمين للعمل " مدرس عملى " بورش المدارس الصناعية .

– معهد إعداد المدربين التابع لوزارة الصناعة :

أنشىء هذا المعهد عام ١٩٦٥ لإعداد المدربين اللازمين لمراكز التدريب المهنى التابعة لمصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى ومراكز التدريب بالشركات بجانب توفير بعض برامج الترقى للمدربين القدامـى (كل ٤سنوات) ولمديرى ومهندسى وأخصائى التدريب بالأجهزة المختلفة ويلحق بالمعهد خريجو المدارس الثانوية الصناعية و مراكز التدريب المهنى (دبلوم تلمذة صناعية) ممن لهم خبرة عملية فى تخصصاتهم والمرشحون للعمل كمدربين ، ومدة التدريب ١٠ شهور نظرى (تربوى وفنى) وعملى ، حيث انه من الضرورى أن يجمع المدرب بين الاساس العلمى وبين الخبرة العملية والتدريب على طرق وفنون التدريب ونقل المعلومات واعداد الدروس واستخدام وسائل الايضاح وقيادة المجموعات وعلم النفس الصناعى وأسس التربية .

والملاحظ عموما أن جميع هذا المصادر تعانى من نقص عدد ومستوى كوادر التدريب لرئيس الوحدة ومسئول التدريب والمدرب ومن التجهيزات الحديثة وخاصة وسائل التدريب والايضاح ، كما تعانى أيضا من عدم تناسب عدد المتدربين لامكانات وأماكن التدريب ، مما يقلل من فاعلية التدريب وعدم مسايرة وملاحقة التقدم السريع والتكنولوجيا فى جميع وسائل ومتطلبات العمل والانتاج .

– القوات المسلحة :

أمدت القوات المسلحة سوق العمالة عام ١٩٨٠ بأعداد من العمالة الماهرة بعناصرها المختلفة (حرفى . مهنى . فنى) بلغ اجماليها ٦٦ ألف حرفى منهم ٣٦ ألف سائق ، بعد انتهاء خدمتهم الاجبارية أو انهاء تطوعهم ، ومن بين التخصصات التى وفرتها القوات المسلحة تخصصات نادرة كعمال البرق الكاتب " تلكس " .

وتدبر القوات المسلحة احتياجاتها من عناصر العمل على النحو التالى وذلك من ناحية « الكم » .

× الحرفيون

وهولاء تدبرهم من بين المجندين ومجددى الخدمة وتستكمل احتياجاتها بتدريب مجندين فى مراكز التدريب التخصصى .

× المهنيون :

يتم تدبيرهم من المجندين والمتطوعين الحاصلين على الاعدادية والثانوية الصنـــاعية ويتم تدريبهم بمراكز التدريب المهنية بالقوات المسلحة .

× الفنيون :

ويتم اعدادهم من بين المهنيين بعد تأهيلهم بدورات مؤهلة للترقى والوصول الى رتبة الضابط الفنى ويرقى المهنيون بعد تمضية الحد الأدنى فى كل رتبة على الأقل ويستغرق ذلك فترة طويلة أو بالالتحاق بالمعهد الفنى للقوات المسلحة بعد خدمة ميدانية بالوحدات تتـراوح بين ٣ – ٥ سنوات حسب المدة التى أمضوها بمركز التدريب المهنى وبشرط الحصول على الثانوية العامة ومايعادلها عند الالتحاق بمركز التدريب المهنى ولعل هذا الأسلوب هو الأسلوب الامثل الواجب تطبيقه بالقطاع المدنى لتخريج الفنى الذى يسد الثغرة بين المهندس والمهنى والحرفى .

× رفع مستوى العمالة :

تبدأ القوات المسلحة بمحو أمية الاميين ثم تمارس رفع المهارة وتدعيم القدرات بتدبير منشآت تعليم مختلفة لكافة المستويات مزودة بأحدث المعدات بواسطة مدربين اكفاء فى ظل أسلوب واقعى انتاجى متصل بقطاعات الانتاج التى سيعملون بها مع تنمية المعارف النظرية التى تكسب المتدرب القدرة على التدرج فى المستويات الاعلى . وتوضع المناهج على أساس ١٠٪ تدريب عسكرى و١٥٪ مواد فنية عامة و٢٠ ٪ مواد فنية تخصصية و٥٥٪ تدريب عملى منها ٢٠ ٪ تدريب فى مواقع الانتاج ، وبعد التخرج تجرى متابعة رفع المستوى بتوافر عناصر الاشراف المدربة المؤهلة القادرة على مراقبة التشغيل وتصحيح الاخطـاء ، هذه العناصر تشمل المهنيين والفنيين والمهندسين أو

الاخصائيين وذلك خلال التدريب المستمر بالقوات المسلحة ضمن برامج التدريب العادية مع الاحاطة بكل مايستجد فى مجال التكنولوجيا ، وكذلك بعقد دورات التأهيل للترقى . و يمكن الاخذ بهذا الاسلوب فى القطاع المدنى مع الاستفادة بامكانات القوات المسلحة فى هذا المجال باستخدام منشآتها التعليمية فى غير أوقات العمل الرسمية

أسباب النقص فى العمالة الماهرة

ان العجز فى العمالة الماهرة كما ونوعا يرجع الى عوامل كثيرة تراكمت فى السنوات الاخيرة حتى أصبحت مشكلة يعانى منها الاقتصاد القومى ، نوجز أسباب ذلك فيما يلى :

- عدم مواءمة مخرجات التعليم والتدريب الحالية لاحتياجات سوق العمل بسبب عدم وجود استراتيجية تنمية شاملة وطويلة المدى ، ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ثم الى تعليم وتدريب ، كما أن قطاعات التعليم الفنى والعملى والتدريب لم تنل العناية التى تتكافأ مع دورها فى اعداد العمالة وطبقة الفنيين . ومع حاجة البلاد الماسة الى هاتين الفئتين كما ونوعا ، فاننا مازلنا نعانى الارتفاع المستمر فى القبول بالدراسات النظرية والذى يحدث خللا فى التوازن بين التخصصات المختلفة ، ولذلك فان النظام التعليمى الحالى فرض على سوق العمل فائضا من العمالة فى بعض المجالات وعجزا فى المهن الضرورية ، وبالاضافة الى ذلك فانه لايوجد أى تنسيق بين اجهزة التعليم وأجهزة التدريب على المستوى القومى .

- قصور امكانات التدريب الحالية بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها فى مجال إعداد القوى العاملة الماهرة ، وعدم مسايرتها للتطورات العلمية الحديثة ، وذلك بسبب قلة عددها وافتقارها الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية للتدريب لتشجيع العاملين فى كوادر التدريب المختلفة بالحوافز التى ترغبهم فى البقاء فى عملهم ، وقد أدى ذلك الى قصور شديد فى عدد المدربين المؤهلين .

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت فى السنوات الاخيرة . فقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية الى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى تحتاجها البلاد ، مما أدى الى عجز كبير فيها فى الداخل وارتفاع اجورها بشكل غير طبيعى ، حلول عمالة منخفضة الانتاجية والجودة محلها جزئيا ، أو حلول عمالة أجنبية ولو أنها فى حدود ضيقة ولم تستطع أجهزة التعليم والتدريب التحرك بسرعة لمواجهة الطلبات المتزايدة من العمالة المصرية للاسواق الخارجية

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطين الصناعات والخدمات فى الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ونتج عن ذلك عجز شديد فى العمالة الزراعية الضرورية للريف .

- عدم تغير نظرة المجتمع بالنسبة للعمل اليدوى مما أدى الى استمرار اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية فى أجهزة التعليم ، وحجب أعداد كبيرة عن الالتحاق بالتخصصات التى تتطلبها حاجة البلاد من المستويات المهنية المختلفة .

حجم النقص فى القوى العاملة ومجالاته

أن تحديد حجم النقص فى القوى العاملة بالدقة الواجبة يستلزم تحليل هيكل العمالة المصرية تحليلا واقعيا فى ضوء احتياجات التنمية والخطط الاقتصادية الحالية والمتوقعة فى المستقبل القريب والبعيد .

وتشير التقديرات المبدئية الى أن الاحتياجات من فئة الفنيين تقدر بحوالى ٨٠٠٠ فنى سنويا حتى عام ١٩٨٥ ، فى حين أن متوسط التخرج الحالى من معاهد إعداد الفنيين لايتجاوز ١٨٠٠ فنى سنويا .

ويظهر ذلك فى قطاع التشييد والبناء ، وهو من الأنشطة التى تساهم بشكل مباشر وغير مباشر فى اقامة مختلف نوعيات المنشآت ، حيث يبلغ مايقوم به من انتاجية حوالى ٥٠٪ من إجمالى حجم الاستخدامات الاستثمارية لخطط التنمية على مستوى الدولة وأنه بذلك يعتبر ركيزة أساسية فى كافة مجالات الانتاج والخدمات . ويوضح الجدول التالى الاستثمارات المقدرة للقطاع والعمالة اللازمة لتنفيذها سنويا حتى عام ١٩٨٥ .

السنة	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥
الاستثمارات المقدرة (بالمليون)	١٥٩٠	١٦٨٩	١٨١٣	١٩٥٥	٢١١٠
العمالة اللازمة تراكميا (بالاف)	١٧٥	٢٦٦	٢٨٨	٣٥٨	٤٣٣

ولما كان ناتج التدريب من المراكز الحالية وبالامكانات المتاحة لايتجاوز ١٠٠٠٠ عامل سنويا فانه يتضح مدى العجز الذى سيتراكم خلال السنوات الخمس الموضحه بالجدول السابق .

كما بينت الاحصاءات والدراسات التى اجرتها وزارة القوى العاملة وجود عجز ظاهر فى العمالة الماهرة وعلى الاخص فى المجالات الآتية :

اعمال التشييد والبناء – الأعمال الميكانيكية والكهربائية – تشغيل وصيانة الآلات الدقيقة – النقل والمواصلات – استصلاح الأراضى والميكنة الزراعية – الصناعات الغذائية – الخدمات الصحية – التبريد والتكييف – السياحة والفنادق – السكرتارية المتقدمة – صيانة الاجهزة المنزلية – الغزل والنسيج .

مواجهة مشكلة النقص فى العمالة الماهرة

فى ضوء ماسبق فان حل مشكلة نقص العمالة الماهرة فى مجالات الانتاج والخدمات الاساسية يجب أن يأخذ فى الاعتبار:

. تحديد الاحتياجات الفعلية من العمالة الماهرة كما وكيفا وميقاتا .

. أسلوب إعداد هذه العمالة ومتطلباتها كما وكيفا .

على أن يتم ذلك فى ثلاثة اتجاهات متوازية تبدأ فى وقت واحد :

. اجراءات عاجلة تستهدف البدء فورا فى علاج مشكلة النقص الحاد فى بعض المهن الحاكمة .

. خطة متوسطة المدى تستهدف توفير العمالة الماهرة للوفاء باحتياجات الخطة الخمسية ٨١ /١٩٨٢ حتى ٨٥/ ١٩٨٦ .

. خطة عمالة طويلة المدى مبنية على خطط اقتصادية واجتماعية شاملة حتى سنة ٢٠٠٠ .

الإجراءات العاجلة للبدء فى علاج المشكلة

لايجاد علاج سريع للحد من بعض آثار مشكلة العجز فى العمالة الماهرة على الاقتصاد القومى يوصى بالاتى

– فى قطاع التعليم :

. الاسراع بتعميم التعليم الاساسى وتوفير الامكانات والتجهيزات اللازمة له ، وايجاد صيغة للتعاون بين أجهزة التدريب وهذه المدارس فى الحدود الممكنة الى أن يتم استكمال هذه التجهيزات .

. اعادة النظر فى سياسة القبول بمراحل التعليم العام للحد من القبول بالثانوى العام والنزول به الى حوالى ٢٥٪ من الطلاب الناجحين فى الشهادة الاعدادية وتوجيه خريجى المدارس الاعدادية الباقين الى ثلاث شعب هى :

* مدارس فنية ثانوية نظام ٣سنوات .
* مراكز التدريب المهنى والتخصصى .
* المعاهد الفنية لاعداد مستوى الفنى (نظام السنوات الخمس)

فى قطاع التدريب :

. توفير كوادر التدريب لأجهزة ومراكز التدريب بالمستويات العلمية المناسبة وأن يكونوا من ذوى الخبرة فى تخصصاتهم ومن أكفأ العناصر وعلى خلق سليم واختيارهم من القواعد العريضة العاملة فى مجال تخصصاتهم وإعدادهم كمدربين فى المعاهد المتخصصة ، مع منحهم الحوافز المادية والادبية .

. إعداد برامج التدريب لتقابل احتياجات فعلية من المهارات المطلوبة للأعمال المختلفة التى تتناسب مع امكانات الافراد وقدراتهم ، وذلك عن طريق تحليل وتوصيف الأعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب ويصاحب ذلك وضع مستويات مهارة لكل مهنة أو حرفة تقاس باختبارات مهنية قياسية على مستوى الدولة – وهذا يقتضى النظر فى الغاء تسعير الشهادات وربط الأجر بالوظيفة .

. سد النقص الموجود فى مراكز التدريب القائمة وتوفير احتياجاتها من معدات وآلات ووسائل ايضاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ، وتشغيلها بأقصى طاقة ممكنة مع ضمان مستوى مناسب من التدريب .

التوسع فى نظام التلمذة الصناعية بالورش والمصانع وفتح الفصول الفنية الملحقة بالمصانع للتعليم والتدريب .

. التوسع فى تقديم برامج رفع مستوى مهارة العاملين بالمواقع الانتاجية ، إما بمراكز التدريب أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات على أن تتناسب هذه البرامج مع احتياجات التدريب الفعلية للفرد والشركة ، خاصة وأن حوالى ٨٥٪ من فئة عمال الانتاج غير حاصلين على أى نوع من التعليم أو التدريب .

– فى قطاع القوات المسلحة :

. تدريب من لاحرفة له من المجندين غير الأميين اثناء الخدمة العسكرية خلال السنة الاولى من تجنيده باستخدام الساعات المخصصة لمحو الأمية وقدرها ٦٠٠ ساعة فى ذلك الغرض بالتعاون مع اجهزة الدولة المعنية بتخطيط العمالة ، وتوفير امكانات التدريب بواسطة القطاعات المختصة (مدربين ومعدات ومراكز تدريب متنقلة) .

. انشاء كتائب الخدمة الوطنية من اللائقين للتجنيد الذين لاتستوعبهم القوات المسلحة (فئة تحت الطلب) بتشكيل كتائب نوعية ككتائب التشييد والبناء وكتائب استصلاح الاراضى ، على أن يسبق ذلك مرحلة تحضيرية يتم خلالها اعداد مراكز التدريب واعداد المعلمين وكوادر ضباط الصف ، وذلك طبقا لقانون التجنيد الذى يسمح بانشاء هذه الكتائب.

. احتساب السنة الأولى بعد انتهاء الخدمة الالزامية لهؤلاء المدربين ضمن مدة خدمة الاحتياط – على أن يتم ابلاغ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ووزارة القوى العاملة باعداد وبيانات هؤلاء المدربين .

. الاستعانة بمنشآت القوات المسلحة التعليمية والتدريبية فى غير أوقات العمل الرسمية فى تدريب العمالة الماهرة والفنيين فى التخصصات المطلوبة فى القطاع المدنى .

توصيات عامة :

* توفير الاعتمادات المالية اللازمة لسرعة تنفيذ مشروعات التدريب الجارى انشاؤها وتذليل عقبات التنفيذ الادارية والمالية ، وسرعة استخدام القروض والمنح المخصصة لذلك واستصدار قانون الصندوق القومى لتمويل التدريب الذى أعدته اللجنة المشتركة للقوى العاملة ، ويفرض رسما مقداره مايوازى ١٪ من اجمالى أجور العاملين فى كل منشأة يزيد عدد عمالها عن ٥٠ فردا لاستخدام الحصيلة بالاضافة الى ماتخصصه الدولة ، للصرف على مشروعات التدريب واحتياجاته .

* البدء فى انشاء مركز قومى لبحوث التدريب يعمل على تطوير نظم وأساليب التدريب والتشريعات الخاصة به ومتابعة وتقييم أنشطة التدريـب .

* تدعيم أجهزة التدريب وتخطيط العمالة بالمنشآت المختلفة لتكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى الملائم .

* اعتبار النشاط التدريبى ونتائجه بالوحدات عنصرا من عناصر تقييم المستوى بها .

الخطة المتوسطة المدى (خمسية)

تستهدف الخطة الخمسية حصر الاحتياجات من العمالة بكافة انواعها وخاصة فى المهن الحاكمة التى يشتد فيها العجز وكذا الطلب الخارجى للعمالة المصرية ، ومقارنة ذلك بمخرجات التعليم والتدريب الحالية واعطاء هذه المؤشرات لهذه الأجهزة حتى يمكنها اجراء التوسعات المناسبة والتغييرات اللازمة لتوفير هذه الاحتياجات ويقترح فى هذا المجال اجراء الخطوات التالية :

– تحديد الطلب على العمالة فى هذه الفترة وذلك عن طـريق :

. تحديد الخارجين من قوة العمل فى السنوات الخمس القادمة موزعين على التخصصات والمهن المختلفة من واقع البيانات التفصيلية للتعداد بالاضافة الى البيانات المتوافرة فى برنامج معلومات الاستخدام (بوزارة القوى العاملة) .

. تحديد العمالة اللازمة للتوسعات والمشروعات الجديدة الواردة

بالخطة الخمسية بما فى ذلك مشروعات الانفتاح الاقتصادى عن طريق جمع المعلومات من جهات العمل نفسها وذلك بالمهنة عددا وتخصصا - كما يجرى تقدير للعمالة اللازمة للقطاع غير المسجل سواء فى الريف أو الحضر باستخدام مؤشرات نمو هذا القطاع والتغييرات التى طرأت على العمالة فيه من واقع دراسة مقارنة بين تعدادى ١٩٦٠ ، ١٩٧٦ .

تقدير العمالة المطلوبة للعمل بالاسواق الخارجية بالمهن والتخصصات المختلفة وذلك عن طريق دراسة الاتجاهات الكمية للهجرة من واقع بيانات وزارتى الداخلية والخارجية لمدة السنوات الخمس السابقة ، بهدف تقدير الاعداد المنتظر أن تطلبها الاسواق الخارجية فى نظيرتها القادمة وتوزيع هذه الأعداد المقدرة عن التخصصات على أساس البيانات المتاحة فى وزارة القوى العاملة عن الحاصلين على تصاريح خروج العمل بالخارج ، وكذا بيانات وزارة الداخلية خاصة بالنسبة للخارجين للعمل من القطاع الخاص ومايتاح من بيانات عن طريق المكاتب العمالية والسفارات المصرية بالدول المستوردة للعمالة .

ويمثل ماسبق مجموع الطلب المستجد على القوى العاملة خلال الخطة الخمسية

- تحديد مخرجات التعليم والتدريب :

. تجميع البيانات المتاحة عن مخرجات التعليم والتدريب فى سنة الاساس والمتوقع خلال الخطة الخمسية .

. اعداد جداول لترجمة التخصصات التعليمية والتدريبية الى مهن.

- مقارنة الطلب على العمالة مع مخرجات التعليم والتدريب :

وذلك بغرض تحديد التوازن بين مخرجات التعليم والتدريب ومتطلبات سوق العمل واعطاء هذه المؤشرات لاجهزة التعليم والتدريب لأخذها فى اعتبارها عند وضع سياساتها فى الخطة الخمسية وتعديل منشآتها الجديدة الجارى تنفيذها أو المزمع اقامتها خلال سنوات الخطة لسد العجز والقضاء على ظاهرة الفائض بقدر الامكان .

الخطة الطويلة الأجل حتى سنة ٢٠٠٠

تدخل هذه الخطة فى اطار التخطيط الشامل متكاملة معه ومكونة أحد محاوره الرئيسية ولاتستهدف تخطيط العمالة وإعدادها فحسب بل أن موقعها داخل الخطة الشاملة سيمكنها من القضاء على كافة المشاكل التى تعانى منها الدولة ككل ويساعدها على رسم سياسات رشيدة طويلة الاجل لاتتعرض للاهتزاز والتغير .

ولاتعرض هذه الخطة للعمالة منفصلة عن باقى المؤثرات التى تؤثر عليها وتتأثر بها باعتبار أن العمالة هى الركيزة الاساسية للتنمية وهى المستفيد الوحيد من نتائجها .

وتستهدف هذه الخطة تحقيق الاستخدام الكامل الأمثل للعمالة سواء بالنسبة للداخلين الجدد أو بالنسبة للقائمين فعلا بالعمل ، وترشيد استخدامها بطريقة تستفيد من كل طاقتها وترتفع بها تدريجيا من كافة الجوانب الاجتماعية والثقافية والعلمية والسلوكية .

وللوصول الى هذه الأهداف فإن الأمر يستلزم أولا وضع تنمية شاملة مبنية على أساس واقعى يضمن لها الثبات على الاقل فى مكوناتها الاساسية ، كما أن الامر يستلزم بالرغم من ذلك المراجعة السنوية لهذه الخطة ومتابعتها لتبيان ماتحقق منها وأوجه الانحراف اذا وجدت نتيجة الظروف غير المتوقعة التى تطرأ ، حتى يمكن معالجتها فى حينها بحيث تستمر فى تحقيق الاهداف والاستراتيجيات التى يتم تحديدها مسبقا .

وتتلخص خطوات التنفيذ فى الاتى :

- التنبوء بأعداد السكان مصنفين بالفئات العمرية وبالنوع والمجموعات الاسرية فى الريف والحضر التى لها أنماط استهلاك واحتياجات مختلفة .

- التنبؤ بمتوسط ارتفاع الدخل القومى حسب السياسات التى تضعها الحكومة(الذى يرتفع بمعدل حوالى ٥٪ سنويا) ثم رسم سياسة لاعادة توزيع هذا الدخل بمايضمن ربط الاجر بالانتاج والعدالة الاجتماعية عن طريق سياسات الاجور من ناحية والضرائب بكافة

انواعها من ناحية أخرى مع مراعاة استقطاع ٢٠ الى ٢٥٪ من هذا الدخل للاستثمارات لضمان خلق فرص عمل كافية لامتصاص البطالة والبطالة المقنعة .

– حساب الاستهلاك الفردى للسكان بكافة مكوناته من السلع والخدمات فى المراحل المختلفة من الخطة طويلة المدى (٥–١٠ – ١٥) على أساس عدد السكان ونوعياتهم والدخل المتوافر لكل فئة وذلك عن طريق تطوير بحث ميزانية الاسرة الذى يجريه الجهاز المركزى للاحصاء سنويا .

– حساب الاستهلاك الحكومى (الانفاق الحكومى من السلع بكافة مكوناته)

– حساب المنتجات التى تستهدف الدولة انتاجها للتصدير بناء على دراسات تجرى للاسواق الخارجية .

ومن ذلك يمكن حســـاب المنتج النهائى اللازم انتاجه على مدى الخطة .

– مقارنة هذا المنتج النهائى فى كل مرحلة بماينتج فى الوقت الحاضر حسب الطاقات الانتاجية الحالية بغرض تحديد التوسعات المطلوبة فى كل مرحلة .

– ترجمة هذه التوسعات الى مشروعات انتاجية (انتاج المنتج النهائى والمنتجات الوسيطة والمواد الخام والمستلزمات الاخرى للانتاج) عن طريق جداول المدخلات والمخرجات حسب الاستثمارات الحقيقية التى يمكن توفيرها فى كل مرحلة والتى تم حسابها بالاضافة الى القروض والمنح التى تستطيع الدولة توفيرها بصفة أكيدة

– ترجمة هذه المشروعات الى عمالة (كما وتخصصا وميقاتا) عن طريق المجموعات المهنية الخاصة بكل نشاط وذلك من المعلومات المتوفرة لدى وزارة القوى العاملة من برنامج معلومات الاستخدام الذى تجمعه سنويا بالاضافة الى دراسات تكميلية لتحديد تطور الانشطة فى القطاع الخاص غير المنظم بناء على سياسات ترسمها الدولة للنهوض للنهوض بهذا القطاع فى اطار الخطة الشاملة . ويمكن للدولة التحكم فى ذلك عن طريق تراخيص مزوالة النشاط ، وتوفير الامكانات المادية والتكنولوجية والتدريبة والاعلامية والتسويقية لهذا القطاع .

– حساب الاحلال للعمالة فى المشروعات القائمة حاليا وذلك فى المراحل المختلفة للخطة (الذين سيخرجون من قوة العمل فى كل مرحلة نتيجة الاحالة الى المعاش أو غيرها من العوامل) وذلك من بيانات تعدادات السكان والعمالة التى يصدرها الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء .

–حساب العمالة التى ستحتاجها الدول الخارجية المستقبلة للعمالة المصرية عن طريق دراسات لهذه الاسواق للتعرف على خطط التنمية بها وسياساتها فيما يختص بالعمالة الاجنبية عامة والمصرية خاصة ، وعقد اتفاقيات ثنائية معها كلما امكن ذلك .

– مقارنة مجموع هذه الأعداد بالأعداد المنتظر دخولها سوق العمل ثم اعادة النظر فى مشروعات الخطة بتغيير التكنولوجيات المستخدمة فى بعض الانشطة بحيث تصبح مكثفة للعمالة حتى يمكن خلق فرص عمل لكل مواطن فى سن العمل وجذب القطاع المعطل من قوة العمل الذى يتمثل فى النساء غير العاملات الى أعمال منتجة .

ومن ذلك يمكن حساب العمالة اللازمة للسوق الداخلى والخارجى على مدار الخطة كما وتخصصا وميقاتا .

– ترجمة هذه الاعداد الى تخصصات ومستويات تعليمية وتدريبية .

– مقارنة هذه الاعداد بالمخرجات الحالية للتعليم والتدريب .

ومن ذلك يمكن تقدير التوسعات التى يجب أن تطرأ على الطاقات الانتاجية لأجهزة التعليم والتدريب بحيث تتوائم مخرجاتها مع الاحتياجات الحقيقية من العمالة بتخصصاتها المختلفة فى كل مرحلة .

هذه هى الخطوط العريضة الممكن اتخاذها للسيطرة على كافة الأنشطة الاقتصادية والتعليمية والتدريبية ، حتى يمكن توفير الاحتياجات الاساسية للسكان والدولة ، وتحقيق العمالة الكاملة وترشيد التعليم والتدريب .

ومن الجدير بالذكر أن ماتعرضت له هذه الدراسة هو موجز لم يتعرض للتفاصيل التى تحتاج كل خطوة منها الى دراسات مستفيضة ومتأنية بواسطة الاجهزة المختصة وفى ضوء بيانات دقيقة ، على أن يجرى التنسيق بينها فى الاطار الشامل للتخطيط كما لم تتعرض الدراسة للسياسات الاخرى المرتبطة بهذه الخطة والتى يجب ان توضع فى الاعتبار .

سياســة توزيــع الخريجين

كشفت الموازنات التى أجرتها وزارة الدولة للقوى العاملة بالنسبة لتوزيع خريجى التعليم العالى والفنى المتوسط على مدى السنوات الخمس السابقة عن وجود فائض فى بعض التخصصات وعجز فى الأخرى وذلك من خريجى المعهد الواحد.

وكان بدء ظهور المشكلة فى الستينات حيث بدأت وزارة القوى العاملة عام ١٩٦٢ بتوزيع بعض خريجى الجامعات الذين شكلوا فائضا ولم يستطيعوا ايجاد فرصة عمل لأنفسهم ، الا أن الامر استدعى بعدذلك شمول هذا التوزيع لكل خريجى الجامعات (فيما عدا الطب) ، ثم أضيف اليهم خريجو المعاهد الفنية والمدارس الفنية المتوسطة وخريجو التلمذة الصناعية .

قصرت الامكانات عن تعيين الخريجين فور تخرجهم وترتب على ذلك أن تركوا لمدة تتراوح مابين ثلاث واربع سنوات لاعطاء الفرصة لمن تستطيع تدبير فرصة عمل لنفسه على أن يقتصر دور الوزارة بعد ذلك على توزيع من لم يستطع الالتحاق بعمل على أجهزة الحكومة والقطاع العام .

وترجع أسباب المشكلة الى عوامل من ابرزها :

– لجوء الدولة الى التوسع فى التخصصات النظرية التى تحتاج الى استثمارات كبيرة ، لمواجهة اقبال طبقات الشعب على التعليم – بعد تبنى الدولة فى الخمسينات لسياسة التوسع السريع فى كافة مراحل التعليم واقرار مجانيته فى مختلف مراحله ، علاوة على الزيادة الكبيرة فى معدلات المواليد – فى ظل عجز الموازنات والاعتمادات المالية بسبب ظروف الحرب والضغوط الاقتصادية المصاحبة لها ، ومن ثم اصبح خريجو هذه التخصصات يمثلون فائضا ، فى وقت يحتاج فيه سوق العمل ومجالات التنية الى تخصصات أخرى ، يستدعى إعداد المزيد منها استثمارات أكبر غير متاحة .

– عدم وجود خطة تنمية طويلة الأجل ، يمكن على ضوئها تحديد حجم العمالة كما وكيفا وميقاتا ، عن طريق توجيه مراكز التدريب وسياسة القبول والمعاهد والكليات وربط أجهزة التعليم والتدريب وسياستها وبرامجها وتخصصاتها بنظام تشترك فيه الجهات المستخدمة للعمالة بطريقة فعالة وايجاد التوازن بين سلم التعليم وهيكل العمالة .

– التزام الدولة بتعيين جميع الخريجين – بعد تاميمها لمعظم الأنشطة التى تقوم بدور هام فى الاقتصاد القومى الامر الذى جعلها المستخدم الوحيد للعمالة تقريبا – برغم عدم حاجة العمل الحقيقية وهو أمر كان له آثار سلبية منها :

. مغالاة بعض الجهات – وخاصة الحكومية منها – عند طلب احتياجاتها من العمالة فلم تقم بتقديره على أسس موضوعية ترتبط بمعدلات الاداء وحجم العمل الفعلى ، وكان من أثر ذلك أن تفشت البطالة المقنعة ، وانخفضت الانتاجية .

* فقد الخريج لروح المبادأة والكفاح التى يعتبرها الاقتصاديون أساس التقدم والمحرك الاول للتنمية الاقتصادية .

* عزوف الكثير من الخريجين عن البحث الجدى عن فرصة عمـــل (منتجة) مناسبة لتخصصاتهم انتظارا لفرصة العمل السهلة (غير المنتجة) التى التزمت الحكومة بتقديمها بجانب محال اقامتهم – كاثر لمشكلتى الاسكان والمواصلات – والبحث عن عمل أخر علاوة على عملهم الاصلى ، وقد ترتب على ذلك وجود فائض فى تخصصات فى بعض

المحافظات تمثل هى نفسها عجزا فى محافظات اخرى .

* جمود نظام الاجور والترقيات فى الحكومة - وبشكل اقل فى القطاع العام - علاوة على غياب عاملى الثواب والعقاب ، فى وقت ترتفع فيه الاجور فى القطاع الخاص وفى شركات الاستثمار ، وفى اسواق العمل بالدول البترولية ، وقد ادى ذلك الى :

. هروب العمالة الماهرة ، وتكدس غير الماهرة منها وغير المطلوبة فى الحكومة والقطاع العام .

. عدم قدرة القطاع العام على المنافسة فى مجال الحصول على المهارات والخبرات المطلوبة له .

. تزايد الطلب على بعض التخصصات مثل : المدرسين ، الممرضيـن ، عمال البناء والتشييد الميكانيكيين .

. قصور شديد فى متطلبات العمالة اللازمة للتنمية فى مصر .

- عدم ملاحقة الاستثمارات المتاحة للأعداد المتزايدة الداخله سنويا فى سوق العمل ، برغم التزايد السريع فى السكان ، واتجاه معظم هذه الاستثمارات الى خلق فرص عمل بقطاعات الخدمات التى تستوعب اعداد كبيرة باستثمارات قليلة نسبيا ، فى وقت لم تستطع فيه قطاعات الانتاج - بسبب ضخامة الاستثمارات المطلوبة - التوسع السريع الذى يمكن معه خلق فرص منتجة و بالتالى امتصاص جزء من العمالة .

- تخصيص جزء كبير من الموازنة التمويلية التى اتيحت اخيرا للاقتصاد القومى لخدمة أغراض الاستهلاك مثل : تدعيم السلع ، أنشطة الخدمات ، وليس إلى انشطة انتاجية لها تاثيرها فى نمو الاقتصاد القومى ، وما خصص منها لهذه الانشطة لم يراع فيه اعتبار العمالة - كمعيار اساسى - عند اختيار المشروعات ، برغم أهمية ذلك فى امتصاص أكبر حجم من العمالة المنتجة .

لمواجهة الموقف الحالى فان الأمر يقتضى العمل على المواءمة بين مخرجات التعليم والتدريب بكافة مراحله ومستوياته ، وبين الاحتياجات الحقيقية لسوق العمل الداخلى والخارجى ، مع الارتفاع بمستوى العمالة ، وإعداد الانواع الجديدة منها ، التى تتلاءم مع المتطلبات المعاصرة والمستقبلة ، على مستوى عال من المهارة العملية والمعرفة العلمية ، فى اطار استراتيجية تنمية طويلة المدى ومتوازنة تضمن التشغيل الكامل للعمالة ، فى ظل المبادئ الاساسية التى تلتزم بها الدولة وهى :

* الالتزام بمجانية التعليم فى كافة مراحله .

* الالتزام بتعيين فائض الخريجين .

* حرية الهجرة والعمل بالخارج .

ولما لهذه المشكلة من آثار على النواحى الاقتصادية والاجتماعية ، فان الامر يستدعى البدء فورا بالتحرك لتخفيف آثارها ثم علاجها باجراءات تتم من خلال خطط ثلاث تسير معا فى وقت واحد ، وذلك على النحو التالى :

الخطة القصيرة المدى : تهدف الى علاج المشكلات الحادة من الفائض والعجز فى العمالة عن طريق التدريب التحويلى ، وتصحيح الوضع ، وذلك باتباع ما يلى :

- بالنسبة للطلبة فى مراحل التعليم : تقوم اجهزة التعليم والتدريب بالتوسع فى التخصصات التى ظهر بها عجز فى السنوات الخمس الماضية على حساب التخصصات التى بها فائض .

- بالنسبة للخريجين الذين يبحثون عن فرصة عمل يمكن اجراء تدريب تحويلى للتخصصات التى اظهرت البيانات وجود فائض فيها ، كما يمكن تحويل عدد كبير من معظم التخصصات الى مدرسين عن طريق برامج تربوية ودورات تدريبية .

- اعادة النظر فى سياسة القبول فى الكليات الجامعية العالية فى ضوء الموقف الحالى لاحتياجات سوق العمل . ويمكن الاخذ فى هذا الصدد بماجاء من مؤشرات فى تقريرى المجلس القومى للتعليم فى دورتيه الرابعة والخامسة فى هذا الشأن .

- التوسع فى القبول فى معاهد إعداد الفنيين لسد العجز الكبير فى هذه الفئة .

– حفز الخريجين على الاتجاه الى فرص العمل فى المجتمعات الجديدة مع تعديل نظام الاجور والحوافز لتشجيع العمالة الزائدة على العمل خارج مؤسسات الحكومة والقطاع العام

الخطة المتوسطة المدى : تعتمد هذه الخطة فى تقديراتها للوفاء بالاحتياجات من العمالة على حصر هذه الاحتياجات بكافة انواعها وخاصة فى المهن الحاكمة التى يشتد فيها العجز وتلك التى تلزم لمقابلة الطلب الخارجى للعمالة المصرية ، ومقارنة ذلك بمخرجات التعليم والتدريب الحالية ، واعطاء هذه المؤشرات لهذه الاجهزة حتى يمكنها اجراء التوسعات اللازمة لتوفير الاحتياجات .

الخطة الطويلة المدى : ويجب أن تتوافر فى هذه الخطة الرؤية بالنسبة لخطة شاملة للتنمية تدخل فيها العمالة كاحد المكونات الاساسية على قدم المساواة مع الاستثمار المادى بحيث يمكن ترجمة احتياجاتها الى مستويات تعليمية وتدريبية .

وقد ورد تفصيل للخطتين : متوسطة المدى وطويلة المدى ضمن موضوع « اعداد وتنمية الموارد البشرية » الوارد بهذا التقرير .

التوصيات

على ضوء الدراسة ومادار فى المجلس من مناقشات وآراء – علاوة على المقترحات السابق ذكرها فى هذا التقرير –يوصى بما يلى :–

* تعديل سياسات القبول فى التعليم الجامعى ، وفى المعاهد والمدارس الفنية على اختلاف انواعها ، بحيث تكون هناك مواءمة بين الخريجين وسوق العمل من حيث الكم والنوع ، ويمكن الاخذ فى هذا الصدد بما جاء من مؤشرات فى هذا الشأن بالملحق المرفق . وبالنسبة لتفاصيل اعداد المقبولين يرجع الى تقريرى المجلس القومى للتعليم عن دورتيه : الرابعة ٧٦/١٩٧٧ والخامسة ٧٧/١٩٧٨.

* اعادة النظر فى الاسلوب الحالى لتوزيع فائض الخريجين واستبداله بأسلوب آخر يحقق مصلحة كل من الخريجين والمجتمع ، ويمكن أن يكون ذلك بدراسة اقتراح :

. إعداد قوائم بأسماء الخريجين ومنحهم اعانة عمل حتى يتم توفير عمل مناسب لكل منهم على أن تكون هذه الاعانة مشروطة بالتدريب على مهنة تجعل الخريج صالحا للتعيين فى وظيفة منتجة . وبهذا لا يكون هناك اخلال بالتزام الدولة بتعيينهم .

. اعادة توزيع العمالة على أجهزة الدولة بحيث لاتوجد أجهزة تشكو من تضخم العمالة وتكدس العاملين وأخرى تشكو القصور فى هذا المجـال .

. تدعيم أجهزة التخطيط فى الحكومة والقطاع العام حتى تصبح قادرة على توصيف وتنميط الاعمال ووضع معدلات الاداء بحيث يمكن على أساسها تحديد الاحتياجات الفعلية ثم حالات العجز أو الزيادة فى العاملين الموجودين فى بعض الجهات الحكومية والقطاع العام . وبذلك يمكن وضع برامج التدريب التحويلى لسد حالات العجز من حالات الفائض.

. قيام وزارة القوى العاملة – بالاشتراك مع النقابات العمالية والمهنية والغرف التجارية والصناعية – باجراء دراسات تفصيلية للتوصل الى معدلات الاداء للمهن المختلفة فى القطاع الخاص ، وبذلك تكون تقديرات أو تنبؤات الطلب وفقا للمهن فى القطاع الخاص معتمدة على اساس واقعى .

. سرعة اعداد استراتيجية تنمية طويلة الاجل تعتمد على تلبية احتياجات المجتمع على أن تبنى هذه الاستراتيجية على استثمارات حقيقية ومتوازنة ، وان تترجم الى خطط خمسية للتنمية – ثم تترجم هذه الاخيرة الى خطط سنوية تنفيذية .

ملحق
سياسة القبول فى التعليم العالى

اتجهت الجامعات خلال السنين الاخيرة الى تحقيق سياسة استيعاب الحاصلين على شهادة الثانوية العامة مماأدى الى تحميل الكليات المختلفة باكثر من طاقتها ونجم عن ذلك :

– انخفاض مستوى التعليم الجامعى .

– الوصول بالقبول الى مستويات الطلاب الذين لايصلحون للتعليم الجامعى .

– ايجاد فائض من الخريجين فى مجالات لاتتطلبها احتياجات العمالة .

ولما كانت سياسة القبول فى الجامعات يجب أن تهدف الى :

أولا : الوفاء باحتياجات العمالة فى مصر والبلاد الصديقة .

ثانيا : الارتفاع بالمستوى التعليمى لتخريج افراد على مستوى عال من الكفاءة .

والاخذ بهذا المنطق لايحتم ان تستوعب الجامعات جميع خريجى الثانوية العامة ولما كان تعليم هذه الفئة طبقا للنظم الحالية يلقى أعباء على التعليم الجامعى لاستيعاب طلاب لايصلحون لهذا النوع من التعليم فان الامر يتطلب بالنسبة لهم :

– وضع سياسة مؤقتة لاستيعاب فائض الثانوية فى مجالات خارج التعليم الجامعى وذلك عن طريق التدريب السريع .

– ايجاد منافذ قبل المرحلة الثانوية العامة ليتجه الطلاب نحو التعليم غير الجامعى الذى يوفر فئات من العمالة لاتقل فى اهميتها عن تخرجهم فى الجامعات .

تشخيص الوضع الحالى :

ان تخطيط سياسة القبول بالتعليم العالى جزء من السياسة التعليمية للمجتمع ككل وهذه السياسة ترتبط بدورها بخطة التنمية الشاملة للمجتمع اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا ويعنى هذا أن الامر لايرتبط فقط بإعداد الاخصائيين على مستوى خريج التعليم العالى وفاء باحتياجات خطط التنمية الصناعية أو الزراعية مثلا بل انه يرتبط بخطط تطوير الخدمات التعليمية والصحية والادارية ، وهو يرتبط – اخيرا وليس آخـرا – بخطط التنمية الثقافية والحضارية للمجتمع .

كشفت تجربتنا فى السنين الأخيرة عن متطلبات اخرى لخريجى التعليم العالى فى البلاد الشقيقة والصديقة وبالذات فى العالمين العربى والافريقى ، بحيث اصبح من المالوف الآن النظر اليهم كثروة قومية بشرية يمكن لو أحسن اعدادها واستغلالها ان تعوضنا الكثير عن القصور فى الموارد والثروات الطبيعية .

ومن التناقضات اللافتة فى مجتمعنا اليوم ان الشكوى من الضغط على التعليم العالى تاتى فى وقت نشكو فيه من خلل فى العمل فى كثير من مؤسساتنا القومية نظرا للضغط المتزايد من الدول الشقيقة والصديقة لتشغيل أعداد كبيرة من خريجى التعليم العالى فيها ومع اقبالهم بدورهم على النزوح للعمل خارج مصر.

ومن المسلم به الآن اننا فى مصر شأننا فى هذا شأن الكثير من المجتمعات النامية الفقيرة فى الموارد الرازحة تحت عبء مشكلة الانفجار السكانى ، سوف لانستطيع ولوقت طويل اعداد تصورات دقيقة لمخططات تنمية شاملة طويلة المدى ، ولنذكر هنا ان تخطيط سياسة القبول فى التعليم العالى يعنى تلقائيا الإعداد لخطط التنمية الشاملة التى سوف تبدأ بعد خمس سنوات على الاقل من تاريخ القبول بالجامعات .

نظام القبول بالجامعات :

يعتبر قبول الطلاب بالكليات الجامعية من الموضوعات العامة التى تشغل الرأى العام لارتباطه بمستقبل الابناء كما يشغل رجال التعليم والمتخصصين لارتباطه بنظم التعليم فى مراحله المختلفة من التعليم العام الى التعليم الجامعى والعالى ولارتباطه بحاجة المجتمع ومستقبل التنمية وارتباطه بحاجة العالم العربى والدول الصديقة .

لذلك تناول المجلس بالدراسة والبحث الاسس العلمية لقبول الطلاب بالكليات الجامعية (المواد المؤهلة للقبول) وكذلك اسلوب واجراءات التحاق هؤلاء الطلاب بالجامعات (مكتب تنسيق القبول) ومن الملحوظات التى يمكن ابرازها بالنسبة لهذا الاسلوب مايلى :

أولا : انه بالنسبة للمواد المؤهلة للقبول لوحظ ان الدرجات المخصصة فى المواد المختلفة فى القسم العلمى فى الشهادة الثانوية العامة غير متكافئة الاوزان إذ ان المجموع الكلى للدرجات هو ٣٧٠ درجة ، نصيب مجموعة مواد الرياضيات منه هو ١٢٠ درجة وهو مايعادل ثلث المجموع

الكلى تقريبا بينما يخص مجموعة مواد العلوم الثلاث ١٣٠ درجة موزعة على النحو التالى :

٥٠ درجة للطبيعة ، ٤٠ درجة للكيمياء ٤٠درجة للتاريخ الطبيعى والباقى من المجموع الكلى وقدره ١٢٠ مخصص للغات الثلاث (اللغة العربية ، واللغتين الاجنبيتين الاولى والثانية) .

من ذلك يتضح ان الوزن الكبير لمواد الرياضيات يؤثر فى قبول الطلاب بكليات لاتتطلب التفوق فى الرياضيات مثل كليات (الطب البشرى ، طب الاسنان ، الصيدلة ، الطب البيطرى ، الزراعة ، المعهد العالى للتمريض ، المعهد العالى للعلاج الطبيعى) وهى الكليات والمعاهد التى تتطلب تفوقا فى المواد الاساسية بالنسبة للدراسة بها وهى مواد : الطبيعة ، والكيمياء ، والتاريخ الطبيعى .

ولما كان الاخذ بنظام المجموع الكلى للدرجات كأساس لقبول الطلاب بالجامعات يحقق هدفا من أهداف القبول ، وهو أن يكون الطالب ادى بنجاح جميع مواد الثانوية العامة التى تبرز التكوين العام للطالب .

لذلك وتحقيقا لهذا الغرض ولتحقيق تكافؤ الفرص بالنسبة للطلاب الذين يلتحقون بالكليات والمعاهد المشار اليها ينبغى أن يكون وزن كل من مواد الطبيعة والكيمياء والتاريخ الطبيعى متكافئا مع وزن الرياضيات .

لذا يوصى المجلس فى ظل النظام الحالى لامتحان الثانوية العامة بان يكون قبول الطلاب فى الكليات الطبية والزراعية (الطب - طب الاسنان - الصيدلة - الطب البيطرى - الزراعة - المعهد العالى للتمريض - المعهد العالى للعلاج الطبيعى) على اساس المجموع الكلى للدرجات مضافا اليه مجموعات درجات مواد الطبيعة والكيمياء والتاريخ الطبيعى حتى يكون لهذه المواد فى القبول بهذه الكليات وزن فى مواجهة الدرجة الكبيرة لمواد الرياضيات .

أما القبول فى الكليات الاخرى فيظل وفقا للمجموع الكلى للدرجات فقط .

ثانيا : بالنسبة لاسلوب واجراءات التحاق الطلاب بالجامعات فان قبول الطلاب يتم حاليا عن طريق مكتب لتنسيق القبول بالجامعات والمعاهد يمتد نشاطه بالاضافة الى كليات الجامعات ليشمل كافة المعاهد المختلفة حكومية وخاصة - ولقد اصبح هذا المكتب متخصصا وقادرا على اشاعة الطمانينة بين الطلاب واولياء امورهم بالتطبيق السليم لمبدأ تكافؤ الفرص.

وبعد أن تزايدت مسئوليات هذا المكتب واعتماد الجامعات عليه مككتب متخصص اصبح من الضرورى ومن المفيد تطوير أعماله لافى الاجراءات والتوسع فى القبول فحسب - بل يحسن ان يشمل التطوير النواحى العلمية التى تتمشى مع التطور العلمى والتعليمى وتهدف فى النهاية الى اختيار ياخذ شكل مركز أو هيئة أو جهاز يختص بكل مايتعلق بقبول الطلاب بالتعليم العالى من النواحى العلمية والفنية والتنظيمية : كدراسة النظم المتبعة فى قبول الطلاب فى الدول المختلفة وتحليل نتائج متابعة الطلاب الذين يقبلون بكل نوعية من نوعيات التعليم ، ومتابعة نظام القبول الجغرافى وتطويره وغير عن ذلك تحويل مكتب تنسيق القبول بالجامعات الى مركز يهتم بالاضافة الى مهامه الحالية بالنواحى العلمية والفنية المشار اليها على أن يكون هذا المركز فى المستقبل جزءا من مركز أعم ويكون مهتما ببحث نظم القبول وتحليل نتائج الامتحانات وتطوير الدراسة الجامعية ككل .

النقص فى العمالة الماهرة

تعتبر الموارد البشرية - إذا أحسن تأهيلها وتدريبها - الثروة القومية الأولى للمجتمع - والوسيلة الأساسية للتنمية الشاملة - ويعتمد الاقتصاد القومـــى على جهود الفنيين بصفة عامة ، فى تطوره وازدهاره .

وحيث ان المجتمع المصرى المعاصر يعانى من نقص شديد فى

العمالة الماهرة فى جميع المجالات - وبخاصة فى مجالات الانتاج والخدمات الأساسية ، فى الوقت الذى يوجد به فائض فى بعض التخصصات الأخرى و فقد أعد هذا التقرير لعرض جوانب المشكلة مع طرح بعض المقترحات لعلاجها ، والتخفيف من آثارها على الاقتصاد القومى .

أولا: مصادر العمالة الماهرة :

من المسلم به أن هيكل العمالة فى مصر يتشكل من أربعة مستويات هى :

١- المستوى الأول : الاخصائى

٢- المستوى الثانى : مساعد الاخصائى أو الفنى (التقنى) .

٣- المستوى الثالث : العامل الماهر

٤- المستوى الرابع : العامل نصف ماهر والحرفى .

وفيما يلى عرض لمصادر إمداد النوعيات الثلاث الاخيرة من هذه المستويات :

١- مستوى الفنيين أو مساعدو الاخصائيين :

وهؤلاء يتم إعدادهم فى معاهد إعداد الفنيين التابعة لوزارة التعليم وهى نوعان :

الأول : معاهد نظام السنوات الخمس بعد الشهادة الاعدادية .

الثانى : معاهد نظام السنتين ، بعد إتمام الدراسة الثانوية .

كما يتم إعداد البعض من هذا المستوى بالقوات المسلحة فى المعهد الفنى ومراكز التدريب المهنى .

٢- مستوى العمال المهرة :

ويتم إعدادهم فى المدارس الثانوية الفنية التابعة لوزارة التعليم ، وكذلك فى المدارس المهنية ومراكز التدريب المتخصصة التابعة للوزارات المعنية (وزارة الصناعة - النقل والمواصلات - التعمير والاسكان - الصحة - الخ ...) وفى بعض الشركات الصناعية والانتاجية - ومراكز التدريب بالقوات المسلحة .

٣- العمال متوسطو المهارة والحرفيون :

وهؤلاء يتم إعدادهم فى مراكز التكوين المهنى التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية ووزارة القوى العاملة وأجهزة الحكم المحلى ومراكز التدريب بوزارة الشباب ، والقوات المسلحة وكذلك القطاع الخاص .

والملاحظ عموما أن جميع هذه المصادر ، تعانى من قصور فى امكاناتها ، وعلى وجه الخصوص فى كوادر التدريب ، والتجهيزات الحديثة ، كما وأن منشآتها تضيق بالمتدربين ، مما يقلل من فاعلية التدريب ، ويؤثر على مستوى مهارة الخريجين ، وإذا كنا نحاول سد العجز فى نوعيات العمالة الماهرة فيجب أن لانغفل الاهتمام بمستوى هذه النوعيات ، حتى تكون قادرة على مسايرة التقدم التكنولوجى فى جميع مجالات العمل والانتاج .

ثانيا : أسباب النقص فى العمالة الماهرة :

- عدم وجود استراتيجية للتنمية الشاملة وطويلة المدى ، ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ثم الى برامج محددة للتعليم والتدريب ويمكن فى ضوئها توجيه سياسة التعليم وسياسة التدريب لتوفير العمالة المطلوبة كما وكيفا فى الوقت المناسب .

- عدم وجود أسس ومعايير لتقدير الاحتياجات الحقيقية ، لجميع المهن والوظائف بسبب عدم استكمال التوصيف الشامل للأعمال المختلفة وعدم وجود معدلات للأداء .

- قصور إمكانات التدريب الحالية كما ونوعا بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها فى مجال إعداد القوى العاملة الماهرة وعدم مسايرتها للتطورات العلمية الحديثة . وذلك لأنها محدودة العدد ، وتفتقر الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية للتدريب ، واللازمة لتشجيع العاملين فى كوادر التدريب المختلفة بالحوافز التى ترغبهم فى البقاء فى عملهم . وقد أدى ذلك الى قصور شديد فى عدد المدربين المؤهلين .

وتوضح الدراسات الإحصائية أن عدد السكان فى سن التعليم الاعدادى (من ١٢ - ١٥ سنة) يبلغ حوالى ٣ مليون وان كان المقيدون منهم بجميع المدارس الاعدادية حوالى ١.٦ مليون أى بنسبة حوالى

٥٥٪ – وأن عدد السكان فى سن التعليم الثانوى (من ١٥ الى ١٨ سنة) يبلغ حوالى ٤.٢ مليون . وعدد المقيدين منهم بالمدارس حوالى ٢.١ ٪ أى بنسبة حوالى ٥٠٪ معنى ذلك أن حوالى ٢.٦مليون مواطن فى الشريحة العمرية (١٢ – ١٨سنة) يوجدون خارج مرافق التعليم العام والفنى . ومن الواجب أن يتولى قطاع التدريب فى الدولة إعداد هذه الفئة الكبيرة لسوق العمل وسد العجز القائم ، مع التركيز فى تدريب هذه الفئة على الموجودين بعواصم المحافظات والمدن الكبيرة .

– سياسة القبول فى المراحل التعليمية :

تسببت سياسة القبول الحالية فى مراحل التعليم المختلفة فى تدفق مسار الطلاب الناجحين نحو الالتحاق بمراحل التعليم التالية بحيث لم تبق سوى نسبة محدودة من هؤلاء الطلاب لتغذية مراكز التدريب بالعناصر الصالحة لإعدادهم كعمالة ماهرة .

وتوضح الدراسات الاحصائية أن حوالى ٨٨٪ من عدد الناجحين فى المرحلة الاعدادية يلتحقون بالتعليم الثانوى بأنواعه المختلفة وأن حوالى ٧٥٪ من خريجى الثانوية العامة يقبلون فى الجامعات والمعاهد العالية ، بينما لا تستوعب معاهد إعداد الفنيين سوى حوالى ٢٠٪ فقط من الناجحين فى الثانوية العامة – مما كان له أثره الواضح فى عدم التوازن بين سياسة التعليم وهيكل العمالة فى مصر

وهكذا يلاحظ أن تدفق مسار الطلاب بين مراحل التعليم ، لايتلاقى مع متطلبات هيكل العمالة – وليس أدل على ذلك من البيانات الاحصائية الفعلية عن حالة القبول فى الجامعات المصرية وفى معاهد إعداد الفنيين :

العام الدراسى	عدد المقبولين فى الجامعات والمعاهد العالية	عدد المقبولين فى معاهد إعداد الفنيين
٧٧/ ٧٨	٧٦.٦٧٦	٢٥.١٧٨
٧٨/٧٩	٨٠.١٣٦	٢٤.٨٥٤
٧٩/٨٠	٨٦.٤٧٦	٢٩.٩٨٠

أى أن القبول فى الجامعات المعاهد العالية يبلغ ثلاثة أمثال القبول فى معاهد إعداد الفنيين ، بينما حجم الطلب فى هيكل العمالة يحتاج الى العكس تقريبا – حيث أن معدل الطلب على فئة اللفنيين ومساعدى الاخصائيين يقدر عادة بنحو ثلاثة أو أربعة أمثال حجم الطلب على الاخصائيين من خريجى من خريجى الجامعات .

– ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج و هى التى تضخمت فى السنوات الأخيرة ، وقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية إلى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى يحتاجها الاقتصاد المصرى ، مما أدى إلى عجز كبير فيها فى الداخل مع ارتفاع أجورها بشكل طبيعى ، ولم تستطع أجهزة التعليم والتدريب التحرك بسرعة لسد هذا العجز .

وتشير الدراسات الاحصائية الى أن حوالى ٤٤٪ فقط من المهاجرين للخارج هم من المدرسين والمهندسين والأطباء والاداريين وأن الباقى وقدره حوالى ٥٦٪ من المهاجرين يتكون من العمالة الحرفية ومن ذوى المؤهلات المتوسطة والفنية ، ومعظم هؤلاء المهاجرين من العمال المهرة .

– ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطين الصناعات والخدمات فى الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ، ونتج عن ذلك عجز شديد فى العمالة الزراعية الضرورية للريف . وقد شجع ذلك أيضا على ازدياد ظاهرة التسرب فى المرحلة الالزامية من التعليم نتيجة لارتفاع أجور الصبية.

– التزام الدولة بتعيين فائض الخريجين وبصفة خاصة فى محافظاتهم – هذا بالاضافة الى مبدأ مجانية التعليم والى نظرة المجتمع بالنسبة للعمل اليدوى – كل ذلك أدى الى اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية فى أجهزة التعليم ، مما حجب أعدادا كبيرة عن الالتحاق بالتخصصات التى تتطلبها حاجة البلاد من المستويات المهنية والفنية المختلفة .

– سياسات الأجور الحالية وهى التى تتمشى مع المستهدف لرفع الكفاية الانتاجية ، وتتباين هذه الأجور بين الحكومة وشركات القطاع العام وشركات القطاع الخاص من ناحية ، وشركات الانفتاح من ناحية أخرى . وتتضح هذه المشكلة جليا فى تضخم أجور العمالة الزائدة غير المنتجة ، حيث تشير التقديرات والبيانات المتاحة الى أن العمالة المستخدمة فى القطاعات الخدمية تبلغ حوالى ٤٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ قيمة أجورها حوالى ٥٧.٦٪ من اجمالى الاجور –

أما القطاعات الانتاجية فيبلغ عدد عمالها حوالى ٦٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ أجورهم حوالى ٤٢.٤ ٪ من اجمالى الأجور

ثالثا : حجم النقص فى العمالة الماهرة :

ان تحديد حجم النقص فى القوى العاملة الماهرة بالدقة الواجبة يستلزم تحليل العمالة المصرية تحليلا واقعيا فى ضوء احتياجات التنمية والخطط الاقتصادية الحالية والمنتظرة فى المستقبل القريب والبعيد . على أن المؤشرات والاحصائيات المتاحة والدراسات المبدئية لتقدير احتياجات البلاد من القوى العاملة على المستويات المختلفة تفيد أن الاحتياجات من فئة الفنيين تقدر بحوالى ٨٠٠٠ فنى سنويا حتى عام ١٩٨٥ ، فى حين أن متوسط التخرج الحالى من معاهد إعداد الفنيين لايتجاوز ١٨٠٠ فنى سنويا - كما تشير الدراسات الاحصائية الى أن الاحتياجات السنوية لقطاع الصناعة وحده تقدر بحوالى ٦٠.٠٠٠ عامل سنويا فى حين أن عدد خريجى المدارس الثانوية الصناعية يبلغ حوالى ٤٠.٠٠٠ عامل سنويا ، تخدم جميع القطاعات ، بالاضافة الى حوالى ٦٠٠٠ من خريجى مراكز التلمذة الصناعية .

وبالنسبة لقطاع التشييد والبناء فان قوة التخرج الحالية تبلغ ١٠ آلاف عامل سنويا من مختلف التخصصات - بينما العجز فى عام ١٩٨٠ - ١٩٨١ قدر بنحو ١٧٥ ألف عامل كما يقدر متوسط الاحتياجات السنوى على مدى السنوات الخمس المقبلة بحوالى ٦٠ ألف عامل سنويا .

رابعا - مجالات العجز فى العمالة الماهرة:

وتتركز نواحى القصور فى العمالة الماهرة من الناحية الكمية والنوعية ، فى المجالات الآتية :

- أعمال البناء والتشييد (كما جاء اعلاه)
- الاعمال الميكانيكية والكهربائية .
- تشغيل وصيانة الأجهزة والآلات الدقيقة .
- النقل والمواصلات .
- استصلاح الأراضى والميكنة الزراعية .
- الصناعات الغذائية .
- التمريض والخدمات الطبية .
- التبريد والتكييف .
- السياحة والفنادق .
- الغزل والنسيج وصناعة الملابس .
- السكرتارية .
- صيانة الأجهزة المنزلية الحديثة (الثلاجات - البوتاجازات - السخانات) وغير ذلك .
- نجارة الأثاث
- صناعة الاحذية والجلود

هذا بخلاف النقص الشديد والمتزايد فى عمال الزراعة

اقتراحات وتوصيات لمواجهة مشكلة النقص فى العمالة الماهــرة :

فى ضوء ماسبق يتضح أنه لحل مشكلة نقص العمالة الماهرة فى مجالات الانتاج والخدمات الأساسية يجب أن يؤخذ فى الاعتبار :

١) تحديد الاحتياجات الفعلية من العمالة الماهرة كما وكيفا وتوقيتــا .

٢) أسلوب إعداد هذه العمالة ومتطلباتها كما وكيفا .

على أن يتم ذلك فى ثلاثة اتجاهات متوازنة تبدأ فى وقت واحد .

- اجراءات عاجلة تستهدف البدء فورا فى علاج المشكلة لتخفيف النقص الحاد فى بعض المجالات .
- خطة متوسطة المدى تستهدف توفير العمالة الماهرة للوفاء باحتياجات الخطة الخمسية ١٩٨٢/٨١ حتى ٨٥ /١٩٨٦
- خطة عمالة طويلة المدى ، مبنية على خطط اقتصادية واجتماعية شاملة حتى عام ٢٠٠٠ .

وحيث ان الدراسات الشاملة لهذه المشكلة ، سواء لوضع خطة طويلة المدى أو أخرى متوسطة المدى ، تستغرق وقتا غير قصيره ، فان مايعانيه المجتمع المصرى حاليا من نقص شديد فى العمالة يقتضى بالضرورة اتخاذ بعض الخطوات والاجراءات العاجلة التى يمكن أن تسهم فى علاج الموقف .

وكعلاج سريع للحد من بعض اثار هذه المشكلة على الاقتصاد القومى ، فاننا نوصى بماياتى :

فى قطاع التعليم :

- إعادة النظر فى سياسة القبول بمراحل التعليم العام للحد من

القبول فى الثانوى العام والنزول به تدريجيا الى حوالى ٢٥٪ من الطلاب الناجحين فى الشهادة الاعدادية ، وتوجيه خريجى المدارس الاعدادية الى ثلاثة مسارات أساسية هى

. مدارس فنية ، ومدارس نوعية - ومهنية متخصصة تستوعب نحو ٥٠٪ من حملة الشهادة الاعدادية

. مراكز التدريب العملى والمهنى التخصصى ، لإعداد العامل الماهر مع التوسع فيها الى أقصى طاقاتها بحيث تستوعب حوالى ٢٥٪ من حملة الشهادة الاعدادية

. المدارس الثانوية العامة وتستوعب ال ٢٥٪ الباقية

. إدخال نظام التوجيه المهنى والتعليمى اعتبارا من العام الدراسى ٨٢/ ٨٣ فى صفوف المدرسة الاعدادية ، مع الاسراع بتعميم التعليم الأساسى وتوفير الامكانات والتجهيزات اللازمة له ، وايجاد صيغة للتعاون بين أجهزة التدريب وهذه المدارس فى الحدود الممكنة الى أن يتم استكمال هذه التجهيزات بالمدارس .

. ادخال برامج الثقافة المهنية والمجالات العملية والفنية فى خطة التعليم الثانوى العام لتوجيه فريق من حملة الثانوية العامة الى المعاهد الفنية أو الحياة العملية .

. دعم مدارس التعليم الفنى بنوعياته بالامكانات المادية والبشرية ويقترح فى هذا الشأن الاستفادة من هذه المدارس كوحدات انتاجية ، والاستفادة من رأس المال الدائر فى تطوير إمكاناتها ورفع كفاءتها ، وحفز الطلاب والعاملين بالمدارس على المزيد من العمل والانتاج .

- تعاون المؤسسات الانتاجية بمختلف القطاعات ، مع التعليم الفنى فى وضع المناهج وطرق التعليم - واتاحة فرص التدريب العملى والمصانع والمؤسسات لطلاب التعليم الفنى .

- الحد من القبول فى الجامعات والمعاهد العالية والتوسع فى معاهد اعداد الفنيين ، وبرامج التدريب التحويلى ، لسد النقص فى طبقة الفنيين ومساعدى الاخصائيين ، مع مراعاة : -

. انشاء هذه المعاهد والمراكز فى المحافظات والاقاليم بدلا من التركيز الحالى بالقاهرة وبعض محافظات الوجه البحرى .

. اللامركزية والتنوع فى البرامج والخطط بما يتفق والمتطلبات الاقليمية والمحلية .

. توفير الامكانات اللازمة للتدريبات العملية والفنية بها ، وتوفير القوى البشرية المؤهلة والمتفرغة للنهوض بهذه المعاهد .

فى قطاع التدريب :

- الاستفادة القصوى من مراكز التدريب القائمة لزيادة طاقاتها على التخريج ومدها بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل إيضاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ويمكن الاستفادة مرحليا من مبانى المدارس الثانوية الفنية مساء كمراكز للتدريب بعد انتهاء اليوم الدراسى بها .

- توفير كوادر التدريب اللازمة لأجهزة ومراكز التدريب بالمستويات العلمية المناسبة وأن يكونوا من ذوى الخبرة فى تخصصاتهم ومن أكفأ العناصر وعلى خلق سليم باختيارهم من القواعد العريضة العاملة فى مجال تخصصاتهم واعدادهم كمدربين فى المعاهد المتخصصة مع منحهم الحوافز المادية والأدبية والاستفادة من المعهد الفنى ومراكز التدريب المهنى بالقوات المسلحة فى إعداد المدربين لسد النقص فى هذه الفئة .

- التوسع فى تقديم برامج رفع مستوى المهارة للعاملين بالمواقع الانتاجية إما بمراكز التدريب أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات على أن تتناسب هذه البرامج واحتياجات التدريب الفعلية للفرد والشركة خاصة وأن حوالى ٨٥٪ من فئة عمال الانتاج غير الحاصلين على أى نوع من التعليم أو التدريب .

- التوسع فى نظام التلمذة الصناعية ، وفى فتح الفصول الملحقة بالمصانع للتعليم والتدريب .

- إنشاء مراكز للتدريب المهنى والحرفى فى جميع عواصم المحافظات والمدن الكبيرة لاحتواء ملايين الناشئة خارج مرافق التعليم (بين سن١٢- ١٨) على أن يتم تدريبهم على مستويين أساسيين :-

أ- المستوى الأول : للناشئة من سن ١٢- ١٥ (مراكز للتكوين المهنى والحرفى) ويتضمن البرنامج استكمال اساسيات المعرفة ، ومواد الاتصال بالاضافة الى التدريب على الحرف المتنوعة .

- المستوى الثانى : للناشئة من سن ١٥- ١٨ ويتضمن تدريبا تخصصيا فى بعض المهن والحرف التى تعانى عجزا فى العمالة

المتوسطة .

– تعديل قوانين العاملين فى الحكومة والقطاع العام بحيث تنص على أنه لا يجوز الترقية الا بعد اجتياز برنامج تدريبى يؤهل للمستوى الأعلى .

– اعداد برامج التدريب بحيث تقابل احتياجات فعلية من المهارات المطلوبة للأعمال المختلفة وذلك عن طريق تحليل وتوصيف الأعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب .

ويصاحب ذلك وضع مستويات مهارة لكل من مهنة أو حرفة تقاس باختبارات مهنية قياسية على مستوى الدولة

اقتراحات خاصة بالقوات المسلحة :

– انشاء كتائب الخدمة الوطنية من اللائقين للتجنيد ولاتستوعبهم القوات المسلحة (فئة تحت الطلب) – بتشكيل كتائب نوعية من كتائب التشييد والبناء وكتائب استصلاح الأراضى ... الخ وذلك طبقا لقانون التجنيد الذى يسمح بانشاء هذه الكتائب .

– تدريب من لاحرفة له من المجندين غير الأميين أثناء الخدمة العسكرية ، خلال السنة الأولى لتجنيده ، بحيث تستخدم الساعات المخصصة لمحو أمية المجندين الأميين وقدرها ٦٠٠ ساعة فى هذا الغرض بالتعاون مع أجهزة الدولة المعنية .

٣– تعتبر السنة الأولى بعد انتهاء الخدمة الالزامية لهؤلاء المدربين ضمن مدة خدمة الاحتياط ولايسمح لهم بالسفر الى الخارج خلالها – وعلى أن يتم إبلاغ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ووزارة القوى العاملة بأعداد وبيانات هؤلاء المدربين .

– الاستعانة بمنشآت القوات المسلحة التعليمية والتدريبية فى غير أوقات العمل الرسمية فى تدريب الافراد المدنيين لاعدادهم كعمالة ماهرة أو فنيين فى التخصصات المطلوبة أو رفع مهارتهم .

التوصيات

* ترشيد هجرة العمالة الماهرة بمايكفل تحقيق التوازن بين سد الاحتياجات الداخلية اللازمة للبلاد وسد العجز القائم فى مجالاتها المختلفة وبين الاحتياجات الخارجية .

* توفير الاعتمادات المالية لسرعة تنفيذ مشروعات التدريب وتذليل عقبات التنفيذ الادارية والمالية وسرعة استخدام القروض والمنح المخصصة لذلك مع سرعة استصدار قانون (الصندوق القومى لتمويل التدريب) الذى أعدته اللجنة المشتركة للقوى العاملة والذى يفرض رسما مقداره مايوازى ١٪ من إجمالى مرتبات العاملين فى كل منشأة يزيد عدد عمالها عن ٥٩ فردا بالاضافة الى بعض المصادر الأخرى وتستخدم هذه الحصيلة بالاضافة الى ماتخصصه الدولة للصرف على مشروعات التدريب واحتياجاته .

* ضرورة البدء فى انشاء مركز قومى لبحوث تنمية الثروة البشرية يعمل على تطوير نظم وأساليب التدريب والتشريعات الخاصة ومتابعة وتقييم أنشطة التدريب .

* تدعيم أجهزة التدريب وتخطيط العمالة فى المؤسسات المختلفة بحيث تكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى الملائم واعتبار النشاط التدريبى ونتائجه بالوحدات عنصرا من عناصر التقويم السنوى لها .

* قيام وزارة القوى العاملة والتدريب المهنى بانشاء سلم للتدريب الفنى والمهنى – يكون موازيا للسلم التعليمى – ويحدد مستويات المهارة ومتطلباتها ومدة التدريب ومناهجه بحيث يستقبل الناشئة من سن ١٢ سنة ومابعدها ، وعلى أن تحسب مدة التدريب ضمن مرحلة الالزام .

* وضع ضوابط وشروط محددة لممارسة مختلف المهن والحرف وفى مقدمتها الحصول على ترخيص معتمد من الجهة المختصة ، وعلى أن تلتزم النقابات بعدم السماح بعضويتها لغير الحاصلين على هذا الترخيص .

* التأكيد على أهمية قيام لجان القوى العاملة بالمحافظات بمسئولياتها فى تخطيط وتنفيذ ومتابعة كل مايتعلق بإعداد العمالة الماهرة والمدربة اللازمة لمختلف الأنشطة بالمحافظة .

وأخيرا يجب أن يلتزم كل قطاع فيما يخصه بتنفيذ التوصيات التى يستقر عليها الرأى على أن تقوم الدولة بتوفير التمويل اللازم – كما يجب تكليف فريق من الخبراء المختصين للبدء فى إعداد تفاصيل متطلباتنا من القوى العاملة الماهرة على كل من المدى القريب والمدى البعيد .

سياسة التدريب الحرفى والمهنى

يقسم هيكل العمالة فى مصر بتراكمات عددية لأيد عاملة دون المستوى المطلوب لانتاج مثمر ، فى وقت تحتاج فيه البلاد الى عمالة ماهرة مدربة لتنفيذ خطط التنمية . ولم تستطع أجهزة التدريب بامكاناتها الحالية ملاحقة سوق العمل بمتطلباته كما وكيفا فى الوقت المناسب ، وهو أمر نشأ عنه اختلال بين العرض من العمالة المدربة والطلب عليها ، وقد زاد من اتساع هذه الفجوة تيار الهجرة الى الخارج ، والى قطاعات أكثر عائدا فى الداخل مثل شركات الانفتاح ، الأمر الذى أدى الى النقص الحاد فى كثير من المهن الحاكمة خاصة فى القطاع العام والحكومة ، وقد ادى نظام الالتزام بتعيين الخريجين الفائضين عن احتياجات قوة العمل الحقيقية بالحكومة والمحليات الى تضخم العمالة بهما ومعظمهم من ذوى المؤهلات العالية ، دون عائد مقابل . وكان نتيجة ذلك تضخم اعتمادات الأجور بالنسبة للقطاعات الخدمية ، فبرغم أن نسبة العاملين فى الأنشطة الاقتصادية للقطاعات الخدمية تبلغ ٤٠٪ من قوة العمل فان أجورهم تقرب من ٦٠ ٪ من اجمالى الاجور أما القطاعات الانتاجية فنسبتها حوالى ٦٠٪ بينما اجورها حوالى ٤٠٪ من اجمالى الاجور ومن أهم اسباب ذلك أن كثيرا من الافراد يشغلون وظائف لاتتوافر فيهم شروط الصلاحية لشغلها ، مما أثر على كفاءة الأداء ، ويلاحظ أن الزيادة فى الأجور - كمحاولة من الدولة للحاق بمستوى الاسعار - لم تقابلها زيادة مماثلة فى الانتاجية ، مما يحتم الاهتمام بالتدريب كوسيلة من وسائل رفع الانتاجية كما ونوعا وتوجيه فائض العمالة إلى الاعمال المنتجة .

نقص العمالة الماهرة :

يرجع النقص فى العمالة الماهرة ، كما ونوعا الى عوامل كثيرة تراكمت فى السنوات الأخيرة ، حتى اصبحت مشكلة يعانى منها الاقتصاد القومى ، وأهم العوامل مايأتى :

- عدم مواءمة مخرجات التعليم والتدريب الحالية لاحتياجات سوق العمل بسبب غياب استراتيجية تنمية شاملة طويلة المدى ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ، ثم الى برامج محددة للتعليم والتدريب يمكن على ضوئها توجيه سياسة التعليم والتدريب لتوفير العمالة المطلوبة كما وكيفا فى الوقت المناسب.

- قصور امكانات التدريب الحالية بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها فى مجال إعداد القوى العاملة الماهرة ، وعدم مسايرتها للتطورات العلمية الحديثة ، وذلك بسبب قلة عددها وافتقارها الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية ، فى كوادر التدريب المختلفة ، للتدريب ولتشجيع العاملين بالحوافز التى ترغبهم فى البقاء بعملهم وقد أدى ذلك إلى قصور فى عدد المدربين المؤهلين

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت من سنوات سابقة ، وقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية الى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى تحتاجها البلاد ، مما ادى إلى عجز كبير فيها مع ارتفاع أجورها ، وحلول عمالة منخفضة الانتاجية والجودة محلها ، أو حلول عمالة أجنبية فى حدود ضيقة ، ولم تستطع أجهزة

التدريب أو التعليم التحرك بسرعة لمواجهة هذه الحالة .

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف ، مع توطين الصناعات والخدمات فى الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ، ونتج عن ذلك عجز شديد فى العمالة الزراعية الضرورية للريف.

- نظرة المجتمع للعمل اليدوى أدت الى اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية فى أجهزة التعليم ، وحجب أعداد كبيرة عن الالتحاق بالتخصصات من المستويات المهنية التى تتطلبها البلاد .

- قصور الوعى التدريبى فى الوحدات الانتاجية ولدى عامة المواطنين ، وعدم توفر فرص التدريب المستمر والمناسب .

العرض والطلب على العمالة :

برغم أن البيانات المتاحة عن القوى العاملة ليست بالدقة الكافية للاعتماد عليها فى تحديد العرض والطلب على العمالة ، وعلى الاخص الماهرة منها والمدربة ، للسنوات القادمة فانه توجد بعض المؤشرات التى يمكن الاعتداد بها فى هذا الخصوص .

العرض من القوى العاملة :

بلغ حجم قوة العمل عام ١٩٧٦ نحو ٩.٦ مليون فرد ، وصل الى حوالى ١١.٣ مليون فرد عام ١٩٨٢ ،أى بمعدل زيادة سنوية تقدر بحوالى ٢.٨٪ تقريبا وينتظر أن يزيد هذا المعدل فى السنوات التالية نتيجة عوامل متعددة أهمها : تزايد عدد السكان فى سن العمل ، وزيادة مساهمة الاناث فى النشاط الاقتصادى . والنسبة العامة لاجمالى قوة العمل لاتتعدى ٢٧.٨ ٪ من جملة عدد السكان الكلية (احصائية عام ١٩٧٦) ويعتبر هذا الرقم منخفضا اذا قورن بالدول المتقدمة ، وذلك بسبب تضخم فئة صغار السن اذ تبلغ نسبة الافراد أقل من ١٢ سنة حوالى ٣٢٪ من اجمالى عدد السكان ويقدر المتوسط السنوى لعدد الافراد الذين يدخلون سوق العمل لأول مرة بحوالى ٥٧٢ ألفا . وذلك فى الفترة من عام ١٩٧٦ حتى عام ٢٠٠٠ ، من بينهم حوالى ٢٢ الف متخرج فى الجامعات والمعاهد العليا والتعليم الفنى المتوسط .

هذا وتجدر الاشارة الى أن حوالى ٩٠٪ من عمال الانتاج الذين يعتبرون العصب الرئيسى للعملية الانتاجية لم يحصلوا على أى تدريب نظامى بمفهومه العلمى ، ولايوجد تقدير دقيق للعمالة المهاجرة الى الخارج ولاتحديد لنوعياتها ، وهى فى الغالب من العمالة الماهرة المدربة . وتقدر وزارة القوى العاملة الطاقات التدريبية بقطاعات الدولة المختلفة فى تقرير لها بحوالى ١٠٠ الف متدرب سنويا ، ولايستغل من هذه الطاقات سوى حوالى ٦٥٪ ، ويمكن استغلالها بالكامل بزيادة ورديات وامكانات التدريب وعدد المدربين المؤهلين ، والتوسع فى التدريب المستمر والتدريب التحويلى .

الطلب على القوى العاملة :

الطلب على العمالة المدربة ذو شقين : طلب محلى وطلب خارجى أما الطلب المحلى فانه يتمثل فى مجموع طلبات الوحدات الانتاجية والخدمية القائمة والمتوقعة خلال السنوات القادمة ، وقد يصعب ايجاد تحديد دقيق لأعداد ومستويات وتخصصات العمالة اللازمة لكل قطاع ، اذا لم تحدد بوضوح الاستثمارات المستقبلة لدراسة مايقابلها من عمالة . وبناء على تقرير عن التعليم الفنى والعمالة (ابريل ١٩٨٠) فان تقدير احتياجات البلاد من القوى العاملة ، على المستويات المختلفة ، حتى عام ٢٠٠٠ يزيد على العشرين مليونا منها حوالى ١٢٪ لقطاع الصناعة و٤٣٪ لقطاع الزراعة ، و٤٥٪ لقطاعات الخدمات الاساسية وبالنسبة للطلب الخارجى ، فيلزم دراسة حاجة الاسواق الخارجية من العمالة المصرية الماهرة فى السنوات القادمة والاهتمام بالتنسيق بين حاجة هذه الاسواق وطلبات السوق المحلى .

مكونات التدريب :

- أماكن التدريب وتشمل مايلى :

. اختيار مرافق اجهزة التدريب على ضوء الاحتياجات المستقبلة والهدف من التدريب، فمن الضرورى أن تتوفر أجهزة التدريب وسط التجمعات الاقتصادية والخدمية التى تحتاج للتدريب ، وقد يكون من بين

الأهداف ايضا خلق التجمع المهنى والكوادر المهنية فى المجتمعات الزراعية لمواجهة ميكنة الزراعة وكهربة الريف ، مما يشجع على اقامة مجتمعات صناعية جديدة حيث تتوافر القوى العاملة المدربة ، الامر الذى يشجع على انتشار التصنيع فى مختلف انحاء البلاد

. تحديد حجم جهاز التدريب على ضوء الاحتياجات والاهداف وتطور السكان وتزايدهم ، وخطط التنمية الاقليمية .

* مكونات جهاز التدريب من مهن وتخصصات وأنشطة على ضوء الاحتياجات والاهداف ، وهناك مهن اساسية يجب توفرها فى كل مجتمع تدريبى ، يضاف اليها التخصصات والأنشطة التى يتميز بها الاقليم ، أو التى يمكن أن تنشأ عليها صناعة مستقبلا .

. تجهيزات المجمع التدريبى : على ضوء انواع المهن ومستوى التدريب المطلوب والنشاط الصناعى والاقتصادى القائم او المنتظر قيامــه ، ونوعية الاجهزة والمعدات الواجب توافرها ومساعدات التدريـــب ، ووسائل الايضاح ، فانه يلزم توفير الاجهزة الحديثة لتدريب العمالة الفنية والماهرة .

وتوجد حاليا قاعدة عريضة من مراكز التدريب المختلفة الهدف والمستوى ، يساعد على نموها مايتوفر لها من مساعدات ومعونات مالية من المنظمات الدولية أو عن طريق الاتفاقات الثنائية التى تمول تجديد معدات هذه المراكز أو انشاء الجديد منها . وفى بعض القطاعات ، مثل التشييد والبناء والصناعة ، وتوجد دراسات تحدد احتياجاتها من المهن الاساسية ، وقد وضعت هذه القطاعات تصوراتها عن خطط التدريب للسنوات القادمة وزودت بعض اجهزتها بالمعدات الحديثة نتيجة لخبرتها فى هذا المجال ، وتبادل التعاون الفنى مع أجهزة التدريب الدولية ، ولاشك أن توفر الاحتياجات على نطاق أوسع ، يدعم النشاط التدريبى بالاعداد المناسبة فى الزمان والمكان المناسبين .

ولماكانت تكلفة الانشاء تتزايد سنة بعد اخرى بنسبة لاتقل عن ٨٪ ، فان الاسراع بانشاء مجمعات التدريب أمر تفرضه الضرورة ويحقق استثمارا اكيدا ويوفر من تكاليف الانشاء التى تتزايد عاما بعد عام .

. اجهزة التدريب على مستوى الوحدة الاقتصادية : يعتبر جهاز التدريب بالوحدة الاقتصادية الحلقة الاولى الاساسية فى سلسلة اجهزة التدريب وأنشطته ، فهو المسئول عن : تخطيط القوى العاملة على مستوى الوحدة ، وتحديد احتياجاتها من العمالة الجديدة ، ونوعياتها ومستوياتها الفنية ، وإعداد وتدريب هذه العمالة الجديدة أو اللازمة للاحلال أو لمواجهة التوسعات أو التطور فى المنتجات كما يهتم ايضا بتحليل قدرات العمالة الحالية ومقارنتها بمايجب ان يتوافر فيها من مهارات لتواجه متطلبات العمل الحالى وتطوراته المستقبلة ، وتحديد مايحتاجه من برامج تدريب لاستكمال النقص فى العمالة أو رفع مستواها وبهذا المفهوم يقع على عاتق هذه الاجهزة مسئولية تحديد الاحتياجات التدريبية التى تخدم بدورها أجهزة التخطيط على المستوى القطاعى وعلى المستوى القومى ولذلك يلعب مستوى هذه الأجهزة – من حيث افرادها وامكاناتها التدريبية – دورا كبيرا فى نجاح وتحقيق اهداف التدريب ، سواء من حيث التخطيط أو التنفيذ .

كوادر التدريب :

يقصد بكوادر التدريب ، العاملون بأجهزة التدريب من المستويات المتعددة التى تشمل مدير التدريب ومسئول التدريب والمدرب ، وتوفير هذه الكوادر بالمستوى والعدد اللازم عنصر اساسى لنجاح النشاط التدريـبى . وبرغم مرور اكثر من ربع قرن على انشاء أجهزة مركزية للتدريب ، وايفاد الكثير من العاملين فيها للتدريب بالخارج والداخل وصدور العديد من القرارات الجمهورية والوزارية المعنية بالتدريب وأجهزته وأفرادة ، الا أن هذه الكوادر لم تأخذ نصيبها من الاهتمام من ناحية اختيارها وإعدادها ووضعها فى المستوى الوظيفى المناسب ، وتحديد مسئولياتها وسلطاتها والحوافز المناسبة لها ، الأمر الذى أدى الى عجز كبير فى المستوى الممتاز من هذه الكوادر ، وقد تضافرت عوامل عديدة أدت الى تفريغ أجهزة التدريب من كوادرها الممتازة ، كما

أدت فى نفس الوقت الى إحجام الكفاءات عن الاتجاه الى مهنة التدريب والى انخفاض مستوى الكوادر التدريبية . وفيما يلى تعريف بكوادر التدريب المختلفة :

مدير التدريب :

يشرف على ادارة جهاز التدريب وتخطيط ومتابعة وتنفيذ نشاطه وهو المسئول اساسا عن تخطيط القوى العاملة على مستوى المنشأة ، ومواجهة تلبية احتياجاتها ، نظرا لأهمية هذه الوظيفة فى توفير عوامل النجاح والتوجيه السليم لنشاط التدريب ، فانه يجب توفر صفات ومقومات أساسية فى شاغلها ، منها :

– اختياره من بين العناصر الممتازة من ذوى الخبرة السابقة بانشطة التدريب وممارستها .

– اجتيازه برامج التدريب المناسبة .

– ان تكون له الخلفية العلمية المناسبة والقدرة على التطوير والابتكار .

– وعيه الكامل بمسئوليات التدريب وواجباته .

ومن الافضل أن يكون مدير التدريب متفرغا لهذه المهمة ، كما يفضل أن يكون قد تدرج فى وظائف جهاز التدريب ومارس مسئولياته المختلفــة ، ويجب اعداد هذا المدير من خلال دورات تدريبية للوقوف على أمثلة عملية لادارة الجهاز ، والتعرف على الاساليب المتطورة لوضع سياسة التدريب وخططه على مستوى الوحدة ومتابعتها وتقييمها .

مسئول التدريب:

وهو العنصر الفنى فى جهاز التدريب من المتخصصين والمسئول المباشر عن التدريب لقطاع معين فى الوحدة الانتاجية ، أو المسئول المباشر عن فرع محدد من انواع التدريب : مهنى – اشرافى – تخصصى . ويجب توافر هذا المستوى من الكوادر لتخصص افراده فى مجال التدريب الذى يعد له .

ويجب أن تتوافر فى هذه الفئة من العاملين فى مجال التدريب صفات خاصة منها :

– التأهيل العلمى المناسب مع الخبرة العملية الطويلة .

– الإعداد السليم عن طريق التدريب المتنوع والتطبيقى فى مجالات مسئولياته .

– القدرة على التطور العلمى والفنى .

ويجب ان يتاح لمسئول التدريب الفرصة والوقت الكافيان للانتظام فى برامج التدريب المناسبة وتطبيقها ، وأن توفر له الامكانات المناسبة اللازمة لنجاحه .

المدرب :

وهو عصب جهاز التدريب والمنفذ الأساسى لجميع برامج التدريب ولذلك يجب ان تتوافر فيه مواصفات أساسيه أهمها مايلى :

– أن يكون على مستوى علمى مناسب لتخصصه .

– أن يكون قدوة حسنة متميزا باخلاق عالية ، وذا شخصية قوية وطبع هادىء .

– ان يتم تدريبه على طرق التدريب العملى والتوجيه ، مع القدرة على نقل المعلومات وتوضيحها .

– أن يكون قادرا على تفهم مشكلات الشباب.

وقد بدأت خطوات إعداد هذا المدرب عندما بدأت وزارة الصناعة فى ادخال نظام التلمذة الصناعية الذى مر بثلاث مراحل وهى :

المرحلة الاولى : لجأت فيها وزارة الصناعة الى اختيار عناصر ممتازة من العمال المهرة الحاصلين على مؤهلات فنية ثانوية ، العاملين فى الصناعة فى مقابل اجور أعلى وتنظيم دورات تدريبية لهم لمدة ثلاثة أشهر لاعدادهم كمدربين ، مع توفير برامج تدريبية متتالية لرفع مستواهم ولترفيتهم ، كل ثلاث سنوات .

المرحلة الثانية : بدأت بعد انشاء معهد إعداد المدربين بالمطرية حيث يلحق به المختارون من العاملين فى الصناعة ومن ذوى المؤهلات الفنية لمدة عام كامل ، مع توفير برامج للترقى ولرفع مستوى مهارتهم دوريا .

المرحلة الثالثة : بدأت بعد الغاء التعيين بالمكافآت الشاملة وخضوع مراكز التدريب لنظام التعيين من فائض الخريجين ، ثم الحاقهم بمعهد اعداد المدربين لمدة عام يعملون بعده مع احد المدربين القدامى . ومازال هؤلاء الأفراد تنقصهم المهارة العملية والدراية التطبيقية فى مجال العمل نفسه .

وقد بدأت وزارة التربية والتعليم فى انشاء معاهد المدربين مدتها خمس سنوات بعد الاعدادية ، تخرج فيها أول دفعة عام ١٩٨٠ ، لم يمارس افرادها تخصصاتهم فى المجال التطبيقى . كما انشأت وزارة التعمير ثلاثة معاهد لاعداد المدربين اللازمين لمراكز التدريب فى حرف التشييد والبناء يختار طلابها من الحاصلين على الثانوية الصناعية اساسا ، ثم يتم إعدادهم فى دورات تدريبية ، وبالاسلوب نفسه بدأت وزارة الشئون الاجتماعية فى انشاء معهد لإعداد المدربين خاص بالمهن التى تزاولها . وفى جميع هذه الجهات اتيحت فرص كثيرة للمدربين للالتحاق بمنح تدريب فى الدول الاجنبية معظمها خاص بطرق واساليب التدريب ، وقد لوحظ ان المدربين الحاصلين على مؤهلات فنية متوسطة ، ولهم خبرة فى مجال تخصصهم ، والذين انتظموا فى برامج تدريب تربوية وعلمية ، هم انجح الفئات ، وهم أيضا العناصر التى تجتذبها الجهات الخارجية بمغريات كثيرة وفى الوحدات الاقتصادية الانتاجية لم يأخذ إعداد المدرب فى كثيرة من المجالات العناية اللازمة ، حيث ينقصه التدريب على اساليب ونظم وفنون التدريب ، والتربية وعلم النفس.

كوادر اخرى للانشطة التدريبية :

توجد بعض المهام والمسئوليات ، الى جانب هذه المستويات الرئيسيه للتدريب يلزم لها متخصصون ، فى الشركات الكبيرة والصناعات المتقدمة ، وأجهزة التدريب المركزية ، يجب توفرهم بالمستوى المناسب مع الخبرة العملية والتطبيقية ، ومن هؤلاء :

– اخصائى تحليل العمل : وهو المسئول عن اعداد توصيف فنى للعمل والقائم به ووضع مستويات المهارة فى المهن المختلفة ، ووضع اختبارات تحديد هذه المستويات .

– اخصائى تصميم برامج التدريب : وهو المسئول – وبخاصة فى الوحدات الكبيرة والصناعات المتقدمة وأجهزة التدريب المركزية – عن تصميم برامج التدريب المناسبة لكل فرد فى الوحدة الانتاجية من واقع قدرات الفرد واحتياجات العمل .

– اخصائى التوجيه والاختيار المهنى : ومهمته استكشاف امكانات الفرد وقدراته لتوجيهه الى مايناسبه ، واختيار العناصر لتدريبها واعدادها ، توفيرا للوقت والجهد المبذولين فى التدريب.

المتدربون :

وهم أحد المكونات الاساسية للتدريب ، فقد أعد التدريب من أجلهم ويتوقف نجاحه على حسن إعدادهم ، وفى هذا الخصوص تبرز عدة عوامل ذات أثر كبير على التدريب ونتائجه ، وهى :

– اختيار المتدرب : على ضوء مايسفر عنه تحليل امكانات الفرد ومعلوماته وتحديد عوامل النقص فيها ، تمهيدا لتحديد برامج التدريب المناسبة له.

– استعداد المتدرب : يجب العمل على توعية المتدرب ببرنامج التدريب وأهدافه ومكوناته وعلاقته بعمله ومستقبله وفائدته بالنسبة له حتى يصبح مستعدا لتفهم مايتضمنه من معلومات ومهارات .

– حوافز المتدربين : تبدى كثير من الجهات استعدادها لمنح حوافز مادية للمتدربين طوال مدة التدريب ، بهدف جذب الأفراد للتدريب وتشجيعهم على الاقبال عليه .

– مدى توفر المتدربين : يجب الايقل عدد المتدربين من الوجهة الاقتصادية عن عدد معين بالنسبة لكل برنامج ، ومن جهة أخرى فان توفير امكانات مراكز التدريب ، يجب أن تستند ، عند انشائها ، على مدى توفر المتدربين فى اماكنها – بجانب عوامل اخرى كثيرة – وعلى اتجاهات توجيه هؤلاء المتدربين فى المهن المناسبة وفق خطط التنمية والمشروعات الجديدة ، ومع ذلك فان تقرير حوافز للمتدربين يعتبر من

العوامل الهامة فى تشجيع الاقبال على التدريب

نظم وبرامج التدريب :

من أهم مكونات التدريب نظمه الملائمة لتحقيق أهدافه ومايستتبع ذلك من تخطيط البرامج المناسبة ، وتختلف هذه النظم باختلاف المستوى المطلوب الوصول اليه بالتدريب ، كما تختلف مدة التدريب باختلاف المهنة والهدف . ومن النظم المتبعة فى مصر :

– نظام التلمذة الصناعية الحديثة (ثلاث سنوات بعد الاعدادية) المطبق فى وزارة الصناعة والمصانع الحربية ومراكز التدريب ببعض الشركات الصناعية لإعداد عمال مهرة فى المجالات التى تحتاجها .

– نظام التدريب السريع والتكوين المهنى : الذى يعتمد على البرامج القصيرة لإعداد عمال متوسطى المهارة فى اعمال معينة ، معظمها حرفى ، وبعضها مهنى مما يحتاجه سوق العمل .

– نظام رفع مستوى المهارة لرفع مهارة العاملين فى مجال تخصصاتهم الاصلية ، وهى برامج خاصة لسد حاجة معينة أو لتطوير مهارة العامل طبقا للتطورات الحديثة فى مجالات عمله.

– وقد ادخل اخيرا نظام جديد للتدريب أطلق عليه التدريب المتدرج أو التدريب بالقوالب ، كما يوجد أيضا نظام التدريب التحويلى بهدف اكساب العامل مهارة جديدة يحتاجها السوق تخالف حرفته الاصلية .تهدف كل هذه النظم الى تطبيق الاسلوب المناسب للهدف من التدريب فى المدة المناسبة وباقتصاديات مناسبة . ومحتويات التدريب المختلفة – مهما تباينت مسمياتها من البرامج ومكوناتها واسلوب تقديمها ، لها ابلغ الاثر فى نجاح اهداف البرنامج وتوصيل المعلومات والمهارات المطلوبة الى المتدرب بأسرع وأبسط اسلوب ولذلك لايكفى أن يتوفر النظام المناسب أو المركز المجهز أو المدرب الكفء ، بل يجب ايضا ان يتوفر البرنامج المحقق للاغراض بالمستوى المناسب للمتدرب ولمستوى التدريب المطلوب الوصول اليه . ويعتمد هذا أساسا على تحليل الاعمال ووضع مواصفات للتدريب لكل حرفة أو مهنة ولكل مستوى ايضا ، وتشمل هذه المواصفات الاعمال التى يجب ان يتقنها المتدرب وتلك التى يجب ان يتعلمها ، والمواد العلمية التى يجب ان يتلقاها والمهارات التى يجب أن يزاولها ، ومدة التدريب فى كل مهارة والمكان المناسب لذلك ، سواء كان فى مركز التدريب أو فى مكان العمل .

بحوث التدريب :

التدريب علم يحتاج الى بحوث لتطويره ، واستنباط أفضل البرامج والاساليب ، بما يتفق وواقعنا وتحديد مستويات المهارة المختلفة ووضع الاختبارات المعترف بها والمقننة لتحديد هذه المستويات والتعامل على اساسها على المستوى القومى ، والبحث عن مجالات جديدة للتدريب وعن نظم متطورة تلائم احتياجاتنا ، كما تهتم هذه البحوث بدراسات لتقييم نتائج التدريب وقياس العائد منه ، ومدى مناسبة النظم المختلفة للمهن والمجالات والمستويات المتنوعة ، والعمل على تطويرها حسبما تظهره هذه الدراسات . لهذا فان انشاء وحدات لبحوث التدريب أمر جدير بالدراسة والتنفيذ .

تمويل التدريب :

يشكل التدريب المهنى والفنى – برغم اهدافه الاستثمارية – عبئا ماليا قد يثقل كاهل ميزانية الدولة اذا تحملته بمفردها ، ويظهر ذلك واضحا من تأخر تنفيذ خطط ومشروعات التدريب فى القطاعات المختلفة برغم الحاجة الملحة اليها ولذلك ينبغى أن تسهم فى تحمله القطاعات الانتاجية والخدمية المستفيدة منه أسوة بما اتبعته كثير من الدول المتقدمة والنامية ، بنسب وأساليب مختلفة . وقد سبق أن أعد فى مصر ، أخذا بهذا الاتجاه مشروع قانون بانشاء صندوق قومى لتمويل التدريب والتعليم التقنى والزام الجهات المستفيدة والمعنية بالتدريب ، بالاسهام فى تمويله بنسب من الاستخدامات الاستثمارية وأجور العاملين وارباحهم وبنسبة من مرتب السنة الاولى من كل مواطن يتعاقد للعمل فى الخارج أو العمل باحدى الهيئات الاجنبية فى الداخل . وتقدر جملة الحصيلة مبدئيا حسب متوسطات عام ١٩٨٠ بحوالى خمسين

مليونا من الجنيهات ، ولم يصدر هذا القانون حتى الآن .

تخطيط التدريب على المستوى القومي :

لإمكان وضع سياسة سليمة – لتخطيط التدريب على المستوى القومي – تكون لها فاعليتها لسنوات قادمة ، ينبغي عرض أهم التشريعات التي صدرت خلال نحو ربع قرن وتناولت التدريب تنظيما وتخطيطا وتنفيذا وتمويلا ، وفيما يلي أهم هذه التشريعات :

– القانون رقم ٨ ١١ لسنة ١٩٦٤ بانشاء الجهاز المركزي للتنظيم والادارة : نص على أن يقوم الجهاز بالاشراف على الاجهزة المركزية لتدريب العاملين ، وتنظيم الدورات التدريبية العامة ، والاشتراك في وضع برامج البعثات للعاملين .

– القرار رقم ١٠٨٥ لسنة ١٩٦٤ : حدد اختصاصات الادارات المركزية بالجهاز المركزي للتنظيم والادارة ، وأهمها : رسم سياسة وخطط تدريب العاملين في الدولة وتنسيقها ، بغرض رفع مستوى كفاءتهم ، ووضع معايير للتقويم والتأهيل ، لقياس الحاجة الى تدريب العاملين في مختلف الاجهزة ، والاشتراك في وضع برامج التدريب بكل منها ، وتحديد احتياجات تدريب العاملين بها وتوفير وسائله ومتابعة البحوث والتطورات الحديثة في التدريب لزيادة كفاءة العاملين ، والاتصال بالهيئات العلمية المحلية والدولية للافادة مـــــن تجاربها وخبراتها .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٩٠٩ لسنة ١٩٧٦ بانشاء الجهاز المركزي للتدريب : نص على أن يكون هذا الجهاز هيئة مستقلة تتبع رئيس الوزراء . ويختص برسم سياسة وخطط تدريب العاملين على اختلاف مستوياتها ، وتنسيقها بغرض رفع الكفاية الانتاجية ومسايرة التطور التكنولوجي ، وتحديد مستويات المهارة والقدرات في كافة المهن داخل هيكل العمالة ، والاشتراك مع وزارة التخطيط وسائر الجهات المعنية في تقدير احتياجات التدريب كما ونوعا طبقا لحاجة العمل ومطالب التنمية ، والاشتراك مع الجهات المعنية في تطوير نظم وأساليب وطرق التدريب والعمل على دعم امكانات ووسائل ومقومات التدريب ورسم خططه وتوفيرهيئات التدريب والمدربين ، وتطوير قدراتهم التربوية والفنية ، ودراسة مؤشرات الكفاية الانتاجية للكشف عن المعوقات التي يمكن أن يسهم التدريب في علاجها ، وإعداد تمويله ، واقتراح مصادر التمويل المختلفة والاشتراك مع الجهات المعنية في الدراسات المرتبطة بترشيد الحوافز ، وسياسة الاجور وربطها بالانتاج .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٥٧ لسنة ١٩٧٢ بمسئوليات وتنظيم وزارة القوى العاملة والتدريب : ينص على قيام الوزارة باقتراح مشروعات الخطط القومية للتدريب المهني اللازمة لتطوير هيكل القوى العاملة تحقيقا لمتطلبات خطط التنمية ، وعلى تقديم المساعدات لاجهزة التدريب ومراكزه ووحداته في مجالات : قياس المهارات وتصميم البرامج النمطية واعداد مشروعات خطط تمويل التدريب ومصادره ، ومتابعة تقييم برامج التدريب المهني والمتدربين للتأكد من وضعهم في المكان الملائم ، واقتراح الوسائل اللازمة لرفع كفاءة وفاعلية التدريب .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٦ لسنة ١٩٧٢ بشأن تنظيم واختصاصات المجلس الاعلى للتدريب : نص على أن يقوم هذا المجلس برسم السياسة القومية للتوجيه والتدريب والتوعية الفنية والمهنية لفئات القوى العاملة على اختلاف مستوياتها ، بغرض رفع الكفاية الانتاجية ومسايرة التطور التكنولوجي والوفاء بمتطلبات التنمية في شتى مجالات الانتاج والخدمات ، وتنسيق الاساليب التي تتبعها مختلف الجهات لتحديد مستويات المهارة والقدرات في كافة المهن ، والتنسيق بين الجهات المعنية في وضع خطط وبرامج التدريب وتطوير نظمه واساليبه ورسم خطة لتوفير مستلزمات التدريب داخل قطاعات العمل والتنسيق بين مخصصات التدريب ومتطلبات الاستثمار والانتاج والتنمية ، ومتابعة البحوث والتطورات الحديثة في مجالات التدريب ، ورسم خطط تمويله بالاشتراك مع الجهات المعنية ، واقتراح مصادر التمويل المختلفة .

– قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٨٨ لسنة ١٩٧٤ بانشاء وحدات

التدريب فى مختلف الجهات : لتحديد وتصنيف الاحتياجات التدريبية لجميع العاملين بالجهة ، وتحديد الامكانات التدريبية ووضع خطط التدريب ، والاشتراك مع المتخصصين فى وضع البرامج التدريبية ، واجراء البحوث والاحصاءات والدراسات فى مجالات التدريب ، ونشر الوعى التدريبى بين العاملين عن طريق البرامج والندوات ، ووضع قواعد متابعة وتقييم وتطوير التدريب لسير نشاط الوحدة بالكفاءة المطلوبة .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٥ لسنة ١٩٧٦ بانشاء مجلس أعلى للقوى العاملة والتدريب : نص على أن يقوم هذا المجلس بوضع السياسة القومية للقوى العاملة والتدريب بما يحقق الاستخدام الارشد للموارد البشرية ، وعلى انشاء لجنة مشتركة لتخطيط القوى العاملة والتدريب برئاسة وزير القوى العاملة والتدريب المهنى ، لتقوم بحصر وتحليل بيانات القوى العاملة الحالية والمتوقعة وتقدير الطلب عليها وحصر امكانات المنشآت التعليمية والتدريبية داخل العمل ، والتخطيط لامداد مشروعات التعليم والتدريب بكافةماينقصها ، وتطوير طرق وأساليب إعداد النشء والراشدين ، والقيام بالبحوث اللازمة فى مجالات تخطيط القوى العاملة والتدريب وتقييم احصاءات الموارد البشرية والقوى العاملة والاستخدام والبطالة والعمالة بالخارج والهجرة واقتراحات تطويرها . وقد نص هذا القرار على الغاء قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٦ لسنة ١٩٧٢ بشأن تشكيل واختصاصات المجلس الاعلى للتدريب .

– واخيرا صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥٩ لسنة ١٩٨٢ بانشاء مجلس أعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب : نص على أن يختص هذا المجلس برسم السياسة القومية لتخطيط وتنمية القوى البشرية ووضع برنامج قومى شامل لتنميتها واستخدامها الاستخدام الأمثل بمايحقق :

* الربط بين احتياجات خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية وامكانات التعليم الفنى والتقنى والتدريب المهنى والادارى .

* الاستخدام الأرشد للقوى البشرية ، ورفع كفاءتها الانتاجية فنيا ومهنيا واداريا .

* التنسيق بين الجهات المعنية بالقوى البشرية تخطيطا وتنمية ، بما يكفل الاستفادة المثلى من الطاقات المتاحة .

* متابعة وتقييم سياسات وخطط تنمية القوى البشرية ، ومشروعات وبرامج التعليم الفنى والتقنى ، والتدريب الادارى والمهنى .

* نشر الوعى التدريبى بمايحقق الاستجابة الواعية لمتطلبات التدريب على كافة المستويات ، وبما يمكن من اعداد القادة الاداريين .

* وضع اسس تمويل خطط تنمية القوى البشرية ومشروعات وبرامج التدريب .

* دراسة موقف العرض والطلب على العمالة المدربة فى مختلف قطاعات الدولة وفى القطاعين : العام والخاص ، واقتراح الاجراءات والسياسات للتنسيق بين الطلب على العمالة وبين الاحتياجات المحلية ، وذلك بالتعاون مع الجهات المعنية .

* دراسة الاجراءات اللازمة لمتابعة مستوى التكنولوجيا الخارجية لتطبيقه، واقتراح مايلزم لاختيار واستيراد وتطويع تلك التكنولوجيا ، بما يحقق الاستخدام الامثل للقوى البشرية ، ورفع مستوى الانتاج الزراعى والصناعى والحرفى والتجارى فى القطاعين : العام والخاص .

وبالرغم من تعدد التشريعات المنظمة للتدريب ، فانها لم تحقق الأهداف التى صدرت من أجلها ، فمازال هناك عجز شديد فى العمالة الماهرة فى كثير من مجالات العمل ، كما يتضح عدم وجود تنسيق فى تنفيذ خطط التدريب بالقطاعات المختلفة وعلى المستوى القومى

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها والآراء التى ابديت بشأنها ، يوصى بمايلى :

* إصدار تشريع متكامل للثروة البشرية ، إعدادا وتنمية وتدريبا ، على المستوى القومى يتضمن بصفة خاصة – مايلى :

– تنظيم التلمذة الصناعية بمايحقق دعم تدريب الصبية المتسربين من التعليم الاساسى ، والعمل على تنشئتهم تنشئة مهنية ترتبط باحتياجات البيئة والمجتمع .

– نظاما مرنا وشاملا لحوافز التدريب المادية والادبية .

– أن يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه ، وفقا للائحة تنفيذية خاصة تتفق مع ظروفه واحتياجاته .

* انشاء الصندوق القومى لتمويل التدريب ، على أن تساهم فيه الوحدات الانتاجية المختلفة واستخدام القروض والمنح المتاحة والنظر فى فرض رسوم على مواقع الانتاج بالقطاعات المختلفة التى لاتقوم بتدريب الصبية أو لاتقوم باى نشاط تدريبى آخر وتوجيه حصيلة هذه الرسوم الى ايرادات الصندوق المقترح انشاؤه ليتولى هذه المهمة التدريبية علاوة على ما توفره الدولة فى ميزانيتها السنوية من الاعتمادات المالية اللازمة لتنفيذ برامج التدريب وسد احتياجاتها فى القطاعات التى تعانى عجزا فى تمويل منشآتها التدريبية .

* تعديل قوانين العاملين فى الحكومة والقطاع العام بحيث تنص على عدم جواز الترقية بالنسبة لشغل الوظائف الحرفية الا بعد اجتياز برامج تدريبية تؤهل العامل للترقية الى المستوى الاعلى

* انشاء بنك للمعلومات ، لتوفير المعلومات الفنية والبرامج واساليب التدريب المختلفة والاحصاءات المتعلقة بالقوى البشرية ، سواء بالسوق المحلية أو بالسوق الخارجية ، من حيث الاحتياجات منها بمستوياتها المطلوبة ، مع العمل على تنظيم اختزان هذه المعلومات وتطويرها وتصميمها باستخدام التقنيات الحديثة لسرعة توفير المعلومات ودقتها .

* توفير البيانات اللازمة لمجالات العمالة المختلفة للكشف عن النقص فى مستويات العمالة المدربة فى الناحيتين : الكمية والنوعية . ويتطلب ذلك بالضرورة توصيف الوظائف والمهن والأعمال المختلفة فى مستويات العمالة وتحديد معدلات الاداء لكل حرفة أو مهنة .

* توفير البيانات اللازمة للمعاهد والمراكز التى تقوم بإعداد العمالة المدربة ومقارنة الاحتياجات الفعلية من هذه العمالة – اللازمة لمصر أولا ، وللبلاد العربية والافريقية ثانيا – بقدرات هذه المعاهد والمراكز على التخريج ، مع ترتيب الأولويات والاحتياجات فى مجالات : الصناعة والزراعة والتشييد والخدمات وغيرها .

* تطوير وتعميم التوصيف الموحد للمهن داخل القطاعات المختلفة ، الذى يحدد مستويات المهارة المهنية والادارية المتعددة ، وتوحيد المسميات لتوحيد المفاهيم والمدلولات عند اجراء الاحصاءات أو تقدير احتياجات التدريب على المستوى القومى أو المستوى الخارجى ، على أن تقوم وزارة القوى العاملة والتدريب بالتنسيق بين القطاعات فى هذا المجال ومتابعة التزامها بهذا التوصيف .

* وضع ضوابط وشروط محددة لممارسة المهن والحرف ، وفى مقدمتها الحصول على ترخيص معتمد من الجهة المختصة ، مع ضرورة التزام النقابات بعدم السماح بعضويتها لغير الحاصلين على ترخيص بمزاولة المهنة ، ووضع الاسس اللازمة لاعتبار النشاط التدريبى عنصرا من عناصر التقويم السنوى لكافة الوحدات .

* تدعيم اجهزة تخطيط العمالة فى الوحدات المختلفة بحيث تكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى الملائم ، مع اشراك النقابات العامة فى عملية التخطيط والمتابعة والتصميم للبرامج التدريبية .

* الاستفادة القصوى من مراكز التدريب القائمة لزيادة طاقاتها على التخريج ، بعد مدها بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل ايضاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ، مع الاستفادة مرحليا من مبانى المدارس الثانوية الفنية وامكاناتها فى الفترة المسائية بعد انتهاء اليوم الدراسى، واستعمالها كمراكز للتدريب .

* استكمال مراكز التدريب المطلوبة للقطاعات المختلفة ، مع انشاء مراكز تدريب جديدة للتدريب المهنى والحرفى فى المحافظات والمدن ، لاحتواء الناشئة خارج مرافق التعليم على أن يتم تدريبهم على مستويين أساسيين :

المستوى الأول : لمحدودى المهارات ، وذلك بمراكز التكوين المهنى والحرفى ، ويتضمن البرنامج استكمال تعليم أساليب المعرفة ، بجانب

التدريب على الحرف المتنوعة .

المستوى الثانى : ويتضمن البرنامج تدريبا تخصصيا فى بعض المهن والحرف التى تعانى عجزا فى العمالة الماهرة .

* وضع الاسس العلمية السليمة لاختيار المدربين من المؤهلين علميا ومن ذوى الخبرة العملية ، ثم تأهيلهم بعد ذلك تربويا ، فى المعاهد الفنية المتخصصة ، واعدادهم كمدربين لسد النقص فى هذه الفئة ، مع تطوير معلوماتهم النظرية والعملية دوريا تمشيا مع الأساليب الحديثة وتوفير الحوافز المادية والادبية المناسبة لتشجيع هذه الكوادر على الاستمرار فى عملها بأنشطة التدريب المختلفة .

* إعداد برامج التدريب المختلفة لمواجهة الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلية وللسوق الخارجية ، عن طريق تحليل وتوصيف الاعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب ، مع الاخذ فى الاعتبار تطوير هذه البرامج بمايتمشى وأساليب التدريب الحديثة ، وبما يناسب وسائل ، ومواد وادوات الانتاج الحالية .

* التوسع فى تقديم برامج رفع مستوى المهارة للعاملين بالمواقع الانتاجية ، بمراكز التدريب العامة أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات التى يعملون بها ، على أن تتناسب هذه البرامج مع الاحتياجات الفعلية .

* اعداد برامج للتدريب التحويلى للعمالة الزائدة فى قطاعات الحكومة المختلفة وفى القطاع العام ، لتحويل هذه العمالة الى يد عاملة منتجة ، والاستفادة منها فى سد العجز فى بعض نوعيات العمالة .

* اعداد مجموعة من البرامج تهدف الى تحسين انماط السلوك على طول حياة الفرد ومجتمعه الصغير والكبير ، وتتناسب مع المتطلبات الأساسية للعمل المنتج ، مع تضمينها الجوانب الروحية لأن المهارة فى العمل يجب أن تواكبها الأمانة فى تنفيذه .

* تنظيم الافادة من الامكانات التدريبية المتاحة ، التى تقدمها الدول الصديقة والمنظمات التابعة للامم المتحدة ، وارسال البعثات التدريبية للوقوف على أحدث التطورات فى مجال التدريب .

الدورة الرابعة ١٩٨٣ – ١٩٨٤

هجرة العمالة المصرية الى الخارج

ظاهرة الهجرة

تعتبر الهجرة بوجه عام ، من الظواهر الهامة التى عرفتها المجتمعات البشرية خلال مختلف العصور ، اذ ترتبط بحياة الانسان فى سعيه نحو ظروف أفضل ، ونحو الارتفاع بمستوى معيشته ، أو بمحاولته الخروج من دائرة الضغوط المجتمعية بأنواعها المختلفة .

أما بالنسبة للمجتمع المصرى المعاصر ، فتعتبر جديدة نسبيا ، اذ ترجع بداياتها الى منتصف الخمسينات من القرن العشرين ، ثم تطورت حتى أصبحت تمثل ظاهرة واضحة منذ أواخر الستينات ، وخاصة فيما يتصل بهجرة العمالة المصرية الى الخارج .

ولاشك أن هذه الظاهرة ترتبط بكثير من العوامل التى تتفاعل فى المجتمع ، سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو السكانية أو التعليمية . كما ترتبط بالمتغيرات المتلاحقة فى الدول العربية البترولية من حولنا مما يمثل أوضاعا حاكمة لهجرة العمالة المصرية .

الأوضاع الحاكمة لهجرة العمالة المصرية :

ويمكن ايجاز أهم هذه الاوضاع فى مجموعة من النقاط ، فى مقدمتها ماياتى :

– أن مصر ذات كثافة سكانية عالية ، وهى تزيد بواقع مليون نسمة سنويا و فى الهجرة الى الخارج تخفيف للضغط على شرايين الحياة المصرية ، وتأثير مباشر على العمالة المحلية وانخفاض معدل البطالة .

– وهى بلد نام يفتقر الى الموارد ، ويحتاج الى النقد الأجنبى ، لتنفيذ برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، والعمالة المصرية تعتبر على ضوء ذلك ثروة قومية ، يعتبر عائدها ومدخراتها أحد الموارد الرئيسية للحصول على النقد الاجنبى اللازم لتنفيذ برامج التنمية .

– وتقع وسط دول عربية مكنتها ثرواتها الطبيعية والبترولية من تنفيذ برامج تنمية طموحة وقد جذب ارتفاع الاجور بهذه الدول العمالة المصرية المدربة التى تمتاز بقدراتها وكفاءتها فاثر ذلك فى سوق العمالة المحلى ، وأوجد عجزا فى بعض التخصصات والمهن ، كما أثر على أنماط الاستهلاك فى الاوساط المصرية .

– وفى مقابل ذلك ، هناك مؤشرات تشير الى احتمال عودة العمالة المهاجرة أو بعضها ، ومن أمثلة هذه المؤشرات :

– أن ارتفاع اسعار البترول بشكل متصاعد عقب حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، حفز الدول الغنية المستوردة له على تركيز جهودها العلمية للاقلال من استخدامه ، واستنباط أشكال جديدة من الطاقة . الأمر الذى أدى الى خفض سعره ، فاضطرت الدول العربية البترولية الى خفض معدلات التنمية بها ، وتجميد بعض برامجها الاقتصادية والاجتماعية وبالتالى الحد من استقدام العمالة الأجنبية .

– أن غزو العمالة الاسيوية لاسواق الدول العربية الغنية ، خلال السنوات القلائل الماضية ، نافس العمالة المصرية المهاجرة وشاركها نشاطها .

– كما أن انتشار التعليم بالدول العربية ، وازدياد اعداد المتعلمين من أبنائها . سنة بعد أخرى ، وتأهيلهم للحلول محل العمالة الاجنبية ، يقلل من فرص استخدام العمالة المصرية ويحد من وجودها بهذه الدول .

أهمية الدراسة ودور المجالس القومية :

وتشير هذه الاوضاع الى أن الحاجة ماسة لدراسة ظاهرة هجرة العمالة المصرية للخارج أو عودتها ، دراسة تحليلية ، توضح اتجاهات تيار الهجرة المصرية ونوعيتها ، والآثار الناجمة عنها وأسواقها ، بحيث يمكن فى النهاية رسم الملامح الرئيسية لتلك الظاهرة ، وضبط حركتها ، واعادة تخطيط العمالة وسياسة التعليم والتدريب والاستخدام ، وفقا للاحتياجات الحقيقية للاسواق الخارجية والمحلية من التخصصات المطلوبة . وقد بادرت المجالس القومية المتخصصة الى دراسة بعض جوانب الموضوع فى ثلاث دراسات :

الدراسة الأولى : سياسة اقتصاديات مدخرات العاملين بالخارج :

حيث تناول التقرير الخاص بهذا الموضوع أهمية مدخرات العاملين فى الخارج وحجمها وتأثيرها على نمو القوة الشرائية ، وزيادة الطلب على السلع الاستهلاكية والتكلفة الاقتصادية والاجتماعية لخروج العمالة المصرية ، والآثار السلبية والايجابية لهجرة هذه العمالة . وقد انتهت الدراسة الى التوصيات المناسبة فى هذا المجال .

الدراسة الثانية : سياسة الرعاية الاجتماعية للمصريين العاملين بالخارج :

وقد تناول التقرير الخاص بهذا الموضوع مشكلات المصريين العاملين بالخارج ، ومنها المشاكل التى تتعلق بصلاتهم بوطنهم ، كاستخراج الجوازات أو تجديدها والتصديق على بعض الاوراق ، واجراءات التفتيش عند الدخول والخروج ، ومشاكل التجنيد التى يضطر بسببها بعض العاملين الى البقاء فى الخارج ، ومشكلة تخصيص نسبة ضئيلة لابناء هؤلاء العاملين الحاصلين على الثانوية العامة من الخارج عند الالتحاق بالجامعات المصرية ، ورفض الكثير من الدول العربية

الحاق ابنائهم بجامعاتها ، ومشكلة صعوبة الاتصال بالاهل والاقارب . وقد انتهت الدراسة الى توصيات محددة لحل هذه المشكلات .

الدراسة الثالثة : الهجرة الداخلية فى مصر :

وتناول التقرير الخاص بهذه الدراسة أبعاد المشكلة السكانية من حيث معدلات نمو السكان المرتفعة بالمقارنة بالموارد الاقتصادية ، ونمط توزيع السكان فى مصر والخصائص السكانية ، وأثر الهجرة الداخلية فى اختلاف معدلات النمو السكانى ، وتيارات الهجرة الداخلية وعوامل الجذب والطرد بين المحافظات المختلفة . وقد انتهى التقرير الى عدة توصيات لمواجهة هذه الظروف .

وقد كانت تلك الدراسات وكثير غيرها من دراسات المجالس القومية – مثل : سياسة التدريب والتأهيل ، وصناعة المقاولات والتشييد – موضع الاعتبار عند اعداد هذا التقرير عن هجرة العمالة المصرية الى الخارج .

الظروف الموضوعية للهجرة

توسعت مصر ، منذ ثورة يوليو ، فى التعليم والتدريب المجانى بكافة أنواعه مما دفع كثيرا من أبناء الشعب الى الالتحاق به بأعداد كثيرة ، فشهدت طفرة لم تعرفها البلاد من قبل ، خاصة وأن تقدم الخدمات الصحية السريع قد ساعد على خفض معدل وفيات الاطفال بشكل ملحوظ ، نتج عنه تضخم سكانى وخاصة فى فئات السن الصغيرة التى أقبلت على التعليم .

الا أن ظروف الحرب التى مرت بها البلاد ، لم تسمح بإيجاد فرص عمل منتجة تكفى لاستيعاب هذه الأعداد المتزايدة من خريجى أجهزة التعليم والتدريب فاضطرت الى الإلتزام بتعيينهم أول الامر فى الحكومة والقطاع العام ، الا أنه بمرور الزمن تأثرت انتاجية القطاع العام بطريقة ظاهرة ، نظرا لتزايد اعداد العاملين به ، فأعفى من الالتزام بتعيين فائض الخريجين وتحملت أجهزة الدولة – خاصة أجهزة الحكم المحلى – هذا الفائض ، مما أدى الى انخفاض مستمر وملحوظ فى الاجور الحقيقية لموظفى الحكومة .

وفى السبعينات كفلت الدولة – بناء على نصوص الدستور – حق انتقال المواطن الى الخارج دون قيود ، وتبنت سياسة تشجيع الهجرة لتخفيف الضغط على سوق العمل ، واتخذت فى هذا الخصوص عدة اجراءات منها : سهولة استخراج جوازات السفر ، والغاء تأشيرة الخروج ، وحفظ وظيفة المهاجر فى حالة عودته خلال مدة معينة

ونتيجة حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وارتفاع اسعار البترول ، تضاعف دخول الدول العربية البترولية التى مكنتها ثرواتها من الدخول فى خطط تنمية طموحة رغم افتقارها الى العمالة الفنية المدربة ، فقد لجأت الى استيراد العمالة اللازمة من الدول المحيطة بها ، ووجدت فى مصر ضالتها ، حيث تتوفر المهارات وتتماثل اللغة والطبائع الاجتماعية ، فقفزت أعداد المصريين الخارجين للعمل بشكل فجائى نتيجة الفارق الكبير بين مرتبات الخارج والداخل .

ومن هذه الظروف الموضوعية و غيرها من الظروف الخارجية ، يمكن استخلاص أسباب الهجرة المصرية ، سلبا وايجابا ، وذلك على النحو الآتى :

أسباب هجرة العمالة المصرية :

ترجع هجرة العمالة المصرية الى الخارج الى نوعين من العوامل ، يمثل النوع الاول منها الأسباب الطاردة ، ويمثل النوع الثانى الأسباب الجاذبة .

أسباب طاردة : ويتلخص أهمها فيما يأتى :

- التضخم السكانى المتزايد بنسب مرتفعة ، مما يترك آثاره على مختلف نواحى المعيشة .
- الظروف الاقتصادية الصعبة التى مرت بها البلاد حيث أثرت بوضوح على مستويات المعيشة ومستويات الاجور ، بوجه عام الى جانب الآثار النفسية التى ترتبت على حرب ١٩٦٧ ، فى مرحلة من المراحل .
- قلة فرص العمل المنتج لاستيعاب السيل المتدفق من خريجى

أجهزة التعليم والتدريب ، وخاصة بعد تقرير مجانية التعليم ، وقد حالت دون ايجاد هذه الفرص ظروف الحروب المتتابعة التى خاضتها البلاد .

• إعفاء القطاع العام – بسبب ظروف موضوعية – من الالتزام بتعيين فائض الخريجين ، وتحمل أجهزة الدولة ، وخاصة الحكم المحلى ، بهذا الفائض ، مما أدى الى انخفاض مستمر وملحوظ فى قيمة الاجور الحقيقية لموظفى الحكومة .

• كفالة الدولة – منذ السبعينات ، وبناء على نصوص الدستور – لحق المواطن فى الانتقال الى الخارج دون حدود ، لتخفيف الضغط على سوق العمل وتصريف الأعداد المتزايدة من العمالة المعروضة .

• تيسير اجراءات السفر الى الخارج ، عن طريق مجموعة من الاجراءات ، فى مقدمتها :

– تسهيل استخراج جوازات السفر .

– الغاء تأشيرة الخروج .

– حفظ وظيفة المهاجر فى حالة عودته خلال مدة معينة .

أسباب جاذبة : ويتلخص أهمها فيماياتى :

• تضاعف دخول الدول العربية البترولية المحيطة بمصر ، بسبب الارتفاع الكبيرفى اسعار البترول ، خاصة بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، مما دفعها الى الدخول فى خطط طموحة للتنمية ، برغم افتقارها الى العمالة الفنية المدربة فوجدت ضالتها فى العمالة المصرية ، حيث تتوفر المهارات وتتماثل اللغة والطبائع الاجتماعية .

ومن ثم قفزت أعداد الخارجين للعمل من مصر بشكل فجائى نشدانا للأجور المرتفعة .

• تأثر قطاع معين من المجتمع – خاصة المثقفين ، والعلميين – بالازدهار الاجتماعى والاقتصادى والتكنولوجى لدول الغرب فى مقابل ظروف محلية مغايرة .

. اتجاه بعض الدول المتقدمة لاجتذاب نوعية معينة من المهاجرين – ممن اصطلح على تسميتهم بالعقول المهاجرة – بكثير من المغريات ، أيسرها تخفيف القيود المفروضة على الهجرة اليها .

أنواع هجرة العمالة

تتعدد أنواع الهجرة تبعا للأغراض والمدد التى يقضيها المهاجر فى الخارج . وقد حدد القانون (١١١) لسنة ١٩٨٣ نوعين من الهجرة : الدائمة والمؤقتة

أولا : الهجرة الدائمة :

التعريف : طبقا للمادة الثامنة من هذا القانون : " يعتبر مهاجرا هجرة دائمة كل مصرى جعل محل اقامته العادية بصفة دائمة فى خارج البلاد بأن اكتسب جنسية دولة أجنبية أو حصل على اذن بالاقامة الدائمة أو أقام بها بقرار من الوزير المختص بشئون الهجرة " .

تطورها : مرت الهجرة الدائمة بعدة أدوار – طبقا للبيانات المتاحة – منذ سنة ١٩٦٢ ، من حيث أعداد المهاجرين ومستواهم التعليمى والمهنى والعمرى ، ومن حيث تخصصاتهم .

أ – من حيث أعداد المهاجرين:

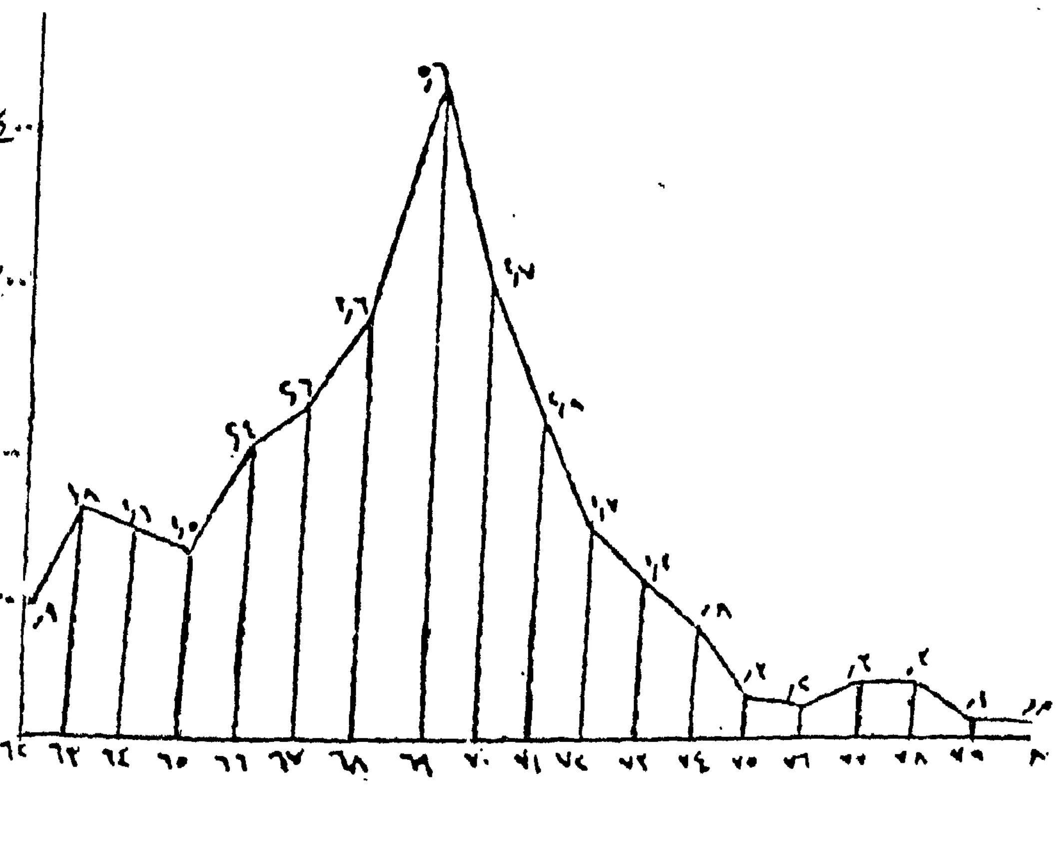
يوضح الرسم البيانى الوارد فى الصفحة التالية تطور اعداد المهاجرين هجرة دائمة ، فى السنوات ما بين ١٩٦٢ ، ١٩٨٠ .

ويستفاد من هذا الرسم ان أعداد المهاجرين أخذت تتطور حتى وصلت فى سنة ١٩٦٢ الى حوالى (٩٠٠) مهاجر ، ثم اخذت تتضاعف حتى بلغت ذروتها سنة ١٩٦٩ ، حيث بلغت حوالى (٥٦٠٠) مهاجر ، اتجه معظمهم الى الولايات المتحدة (٣٣٪) ، وكندا (٣٢٪) واستراليا (٣١٪) ، ثم عادت الى التناقص تدريجيا سنة بعد أخرى حتى عادت الى معدلها سنة ١٩٦٢ ، حيث وصلت الى حوالى (٨٠٠) مهاجر سنة ١٩٧٤ ، ثم استمرت فى الانخفاض حتى اصبحت غير ذات اثر سنة ١٩٨٠ .

ويوضح الجدول الوارد صفحة (٤٥٧) توزيع أجمالى المهاجرين الأصليين وفقا للحالة التعليمية وسنوات الهجرة خلال الفترة من عام ١٩٦٢ إلى عام ١٩٨٢ .

ب – من حيث المستوى التعليمى :

تطور أعداد المهاجرين هجرة دائمة
فى السنوات ما بين ١٩٦٢ - ١٩٨٠



توزيع اجمالى المهاجرين الأصليين وفقا للحالة التعليمية وسنوات الهجرة

خلال الفترة من عام ١٩٦٢ الى عام ١٩٨٢ *

الدرجة العلمية / سنوات الهجرة	درجات علمية عليا	بكالوريوس وما يعادلها	ثانوية عامة وما يعادلها	أقل من الثانوية العامة	مؤهلات أخرى	بدون مؤهل وغير مبين	المجموع
١٩٦٢	–	١٣	٥	٣	٢	٣٥٦	٣٧٩
١٩٦٣	١	٤٣	٨٤	٥٩	١٥	٥٤٩	٧٥١
١٩٦٤	١	٩٣	١٨٣	١٥٦	٥٩	٢٦٢	٧٥٤
١٩٦٥	٥	١٢١	١٨٦	١٣٠	٦٥	٢٠٨	٧١٥
١٩٦٦	١٥	٢٥٥	٢٨٤	٢١٨	٣٢	٣٢٥	١١٢٩
١٩٦٧	٢٣	٣٧٧	٢٢٧	١٤٨	٩٢	٢٨٥	١١٥٢
١٩٦٨	٩٢	٨٢١	٣٤٢	١٣١	٧١	٣١٨	١٧٧٥
١٩٦٩	١٢٢	١٨٢٢	٥٣٣	١٩٠	٥٧	٣٩٤	٣١١٨
١٩٧٠	٨٣	٩٦١	٦١٤	٢٠٤	٥	٣١٢	٢١٧٩
١٩٧١	٤٣	٦٢٧	٥٤٠	٢٠٩	١١	٣١٢	١٧٤٢
١٩٧٢	٢٧	٣٦١	٣٠٥	١٤١	٣٧	٢١٧	١٠٨٨
١٩٧٣	١٠	٢٣٧	٢٢٩	١٢٤	٥٤	١٨١	٨٣٥
١٩٧٤	٧	١٥٤	١٤٦	٧٤	١٨	١١٢	٥١١
١٩٧٥	٢	١٦٧	٧١	١٨	١٥	٢٥	٢٤٨
١٩٧٦	١	٨١	٣٧	١٠	٥	٣٤	١٦٨
١٩٧٧	١	٩٩	٥٨	١٦	٨	٣٢	٢١٤
١٩٧٨	٤	٩١	٥٠	١٨	٨	٢٦	١٩٧
١٩٧٩	–	٢٨	١٦	٤	١	٥	٥٤
١٩٨٠	٤	١١٥	١٢٢	٥٥	–	٤٥	٣٤١
١٩٨١	–	١٦	٩	٢	–	٣	٣٠
١٩٨٢	–	٤	٦	٣	١	٢	١٦
الاجمالى	٤٤١	٦٤٣٦	٤٠٤٧	١٩١٣	٥٥٦	٤٠٠٣	١٧٣,٩٦

* المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء .

يوضح الجدول الآتى نسب المهاجرين طبقا لمستوياتهم التعليمية مقارنة مع نسب المتعلمين فى مصر حسب تعداد عام ١٩٧٦:

الحالة التعليمية	النسبة التعليمية	
	الى المهاجرين	الى السكان فى مصر
حملة المؤهلات العليا	٤٠٪	٢٪
حملة المؤهلات المتوسطة	٢٥٪	٦٪
حملة المؤهلات أقل من المتوسطة	٣٥٪	٩٢٪
الجملـــــة	١٠٠٪	١٠٠٪

وبتحليل بيانات أعداد المهاجرين بالمقارنة الى النسب المماثلة لسكان الجمهورية ، وفقا لتعداد ١٩٧٦، يتبين الارتفاع الكبير فى عدد المهاجرين من حملة المؤهلات العليا والمتوسطة ، مما يدل على اجتذاب دول المهجر للنوعيات عالية التعليم ، حيث بلغ عدد المهاجرين الحاصلين على مؤهلات عليا ٤٠٪ من اجمالى عدد المهاجرين ، ومن حملة المؤهلات المتوسطة ٢٥٪ من المهاجرين ومن حملة المؤهلات أقل من المتوسطة أو بدون مؤهلات ٣٥٪ من المهاجرين .

نسبة قوة العمل المهاجرة مقارنة بنسبة قوة العمل بمصر :

. ويوضح الجدول الآتى نسبة قوة العمل المهاجرة مقارنة بنسبة قوة العمل الاجمالية :

المؤهل	٪ من قوة العمل المهاجرة	٪ من قوة العمل بمصر
الدكتوراه والماجستير	٢,٦	٠,٢
البكالوريوس أو الليسانس أو ما يعادلهما	٣٧,١	٥,٢
الثانوية العامة وما يعادلها	٢٣,٠	١٠,٨
أقل من الثانوية العامة	١٤,٣	٦,٧
بدون مؤهلات	١٦,٢	٧٦,٢
غير معروف	٦,٨	٠,٩
الجملـــة	١٠٠٪	١٠٠٪

وبتحليل بيانات هذا الجدول ، يتبين أن المؤهلات العليا والجامعية والثانوية العامة وما يعادلها ، تمثل نحو ٦٢.٧٪ من اجمالى قوة العمل المهاجرة ، و١٦.٢٪ من قوة العمل بمصر

جـ- من حيث العمر :

ويوضح الجدول الآتى توزيع المهاجرين فى سن العمل على الفئات العمرية المختلفة ، مقارنة مع توزيع قوة العمل فى مصر حسب تعداد ١٩٧٦.

الفئة العمرية	٪ من قوة العمل المهاجرة	٪ من قوة العمل بمصر
اقل من ٢٠	٣	١٢
٢٠	٣٩	٢٩
٣٠	٣٢	٢٣
٤٠	١٣	١٨
٥٠	٧	١٢
أكثر من ٦٠	٦	٦
الجملـــــة	١٠٠٪	١٠٠٪

وقد بلغ عدد المهاجرين فى سن العمل حوالى ١٧٠٠٠ مهاجر منهم حوالى ٧١٪ من الفئة العمرية (٢٠ - ٣٩سنة) فى مقابل (٥٢٪) من قوة العمل المصرية ، مما يعنى أن دول المهجر تركز على الفئة العمرية ذات الانتاجية العالية والتى لها مدى عمرى طويل .

د- من حيث المهن والتخصصات :

أقسام المهنة	٪ فى قوة العمل المهاجرة	٪ فى قوة العمل بمصر
اصحاب المهن الفنية والعلمية	٣٤	٧,٨
المديرون ورجال الادارة	٥	١,٢
الكتابيون	١٥	٧,٦
البائعون	٩	٦,٨
عمال الانتاج والزراعة	١٦	٦٥,٨
العاملون بالخدمات	١	٨,٢
غير مصنفين	٢٠	٢,٦
الجملـــــة	١٠٠٪	١٠٠٪

ويتبين من تحليل بيانات هذا الجدول أن هناك تركيزا على اصحاب المهن الفنية والعلمية ، ويمثلون ٣٤٪ من المهاجرين ، وعلى الكتابيين ويمثلون ١٥٪ ، وتمثل هذه الفئات نحو ٤ . ١٥٪ من قوة العمل فى مصر

توزيع الهجرة الدائمة حسب التخصصات :

المؤهـــــل	من قوة العمل المهاجـــرة
طب بشرى	٣,١
طب أسنان	٠,٥
صيدلة	١,٢
طب بيطرى	٠,٨
زراعـــــة	٥,١
علوم أساسية	٤,٤
هندسة	٨,٢
تجارة	٩,٨
حقوق	١,٤
آداب	٤,٠
اقتصاد	٠,٣
مؤهلات عالية أخرى	٣,٣

ويوضح تحليل هذا الجدول ، أن خريجى التجارة والهندسة والزراعة يمثلون حوالى ١ . ٢٣٪ من قوة العمل المهاجرة ، ويشير هذا الى أن دول المهجر تركز على التخصصات اللازمة لعناصر الانتاج فى مجالات الصناعة والزراعة والتجارة .

ثانيا : الهجرة الموقوتة :

التعريف : طبقا للمادة الثالثة عشرة من قانون الهجرة : « يعتبر مهاجرا هجرة موقوتة كل مصرى غير دارس أو معار أو منتدب جعل اقامته العادية أو مركز نشاطه فى الخارج وله عمل يتعيش منه متى انقضى على بقائه فى الخارج أكثر من سنة متصلة ولم يتخذ اجراءات الهجرة الدائمة المنصوص عليها بهذا القانون أو اتخذها وعاد الى الوطن ... » .

تقديرات أعداد المهاجرين :

تعددت تقديرات أعداد المصريين المهاجرين هجرة مؤقتة بتعدد الجهات وذلك لعدة اسباب ، من بينها :

• غياب الاسلوب الاحصائى الدقيق لحصر المواطنين الذين يسافرون للعمل بالخارج ، أو الذين يعملون بالخارج فعلا .

• تعدد الجهات المسئولة عن السفر للعمل فى الخارج ، فبينما تغطى وزارة القوى العاملة مجال السفر للقطاع الحكومى والقطـــاع العام ، فان وزارة الداخلية تغطى القطاع الخاص بصورة جزئية .

• عدم اهتمام المصريين بالخارج بتسجيل انفسهم فى القنصليات التى يتبعونها ومن هنا تعذر وجود البيانات الدقيقة التى يمكن الاعتماد عليها بصورة قاطعة . فبينما توضح تقديرات جهاز التعبئة العامة والاحصاء أن عدد العاملين المصريين بالخارج بلغ نحو مليون و٦٦٧ ألف مواطن عام ١٩٨٢ ، نجد أن تقديرات ادارة شئون الهجرة الخارجية تصل الى نحو مليونين و ٩٦٣ ألف مواطن .

وقد أعلنت وزارة الهجرة أن تقديرات عدد المصريين المهاجرين هجرة مؤقتة بالخارج يصل الى حوالى ٥ . ٢ مليون مهاجر . ولم تذكر الاساس الذى بنى عليه هذا التقدير .

التركيب المهنى للعمالة المصرية فى الخارج

يختلف التركيب المهنى لقوة العمل فى شكله ، من حيث درجة احتوائه على مهن متقدمة ، مثـــل المهن الفنية والعلمية ، ومهن غير متقدمة ، مثل المهن محدوده المهارة والمهن العادية .

وتحدد هذا الشكل : ظروف سوق العمل والانشطة الاقتصادية السائدة فيه ، ودرجة النمو التكنولوجى التى يجرى العمل بها ، وبذلك فانه من المتوقع أن يكون التركيب المهنى للعمالة المصرية المتواجدة فى الخارج ، مختلفا فى خصائصه عن التركيب المهنى للعمالة المصرية الموجودة فى الداخل .

ودراسة الاختلافات القائمة بين هذين التركيبين ، تلقى الضوء على الخصائص التى تميز التركيب المهنى للعمالة فى الخارج ، وكذلك نوعيات المهن التى يشتد عليها الطلب فى الاسواق الخارجية . وحتى يمكن اجراء هذه الدراسة ، فانه من الضرورى استخدام بيانات حديثة ومتكاملة عن توزيع العمالة المصرية فى الخارج ، وفقا للمهن التى تزاولها .

ونظرا للنقص الشديد فى البيانات الخاصة بهذا المجال فقد تم استخدام بيانات التعاقدات الخاصة بالعمل فى الخارج ، والتى تتم عن طريق وزارة القوى العاملة ، وهذه البيانات تغطى القطاعين الحكومى والعام كما تشتمل على جزء صغير من حالات السفر للعاملين فى القطاع الخاص .

وقد بلغت جملة التعاقدات ١١٦ ألف تعاقد فى عام ١٩٨١ . منهم ٦٣٢٠ تعاقدا من القطاع الخاص وتنقسم المهن طبقا لبيانات هذه التعاقدات الى مايأتى :

١) قسم اصحاب المهن الفنية والعلمية :

ويشتمل على أكبر نسبة للتعاقدات ، اذ يحتوى على ٤٨٪ من تعاقدات ١٩٧١ بينما تبلغ هذه النسبة حوالى ٧.٥٪ من اجمالى قوة العمل اى أن ما يقرب من نصف المتعاقدين هم من أصحاب المهن الفنية والعلمية . ونظرا لان المهن الواردة فى هذا القسم تعتبر فى قمة الهيكل المهنى من حيث المستوى التعليمى أو التدريبى ، فان ارتفاع نسبة العاملين فى الخارج من هذا القسم ، يوضح العبء الشديد الذى يقع على كاهل القوة العاملة على المستوى القومى ، الامر الذى يجب تداركه فى برامج التعليم والتدريب حتى لايحدث نقص شديد فى هذه المهن الهامة بالسوق المحلية .

والمهن الغالبة فى هذا القســـم والتى وردت فى تعاقدات ١٩٨١ ، هى :

المدرسون : ونسبتهم ٢١.٨ ٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم من مدرسى المرحلة الثانوية (٢٣٨١٧) بالاضافة الى هيئة التدريس بالجامعات وعددهم (١١٠١) .

الاطباء والمهن الطبية : ونسبتهم ٧.٦ ٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم من الأطباء البشريين (١٧٦٥) ، واطباء الاسنان (٣٧٠) ، والصيادلة (٣٩٦) ، والاطباء البيطريين (٥١٦) ، والمرضات (٣٢٣٤) .

المحاسبون : ونسبتهم ٧.١٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم محاسبون (٦٣٤٠) ، ثم مراجعو الحسابات (١٦٦٣) .

المهندسون ومن فى حكمهم : ونسبتهم ٣.٧٪ من اجمالى التعاقدات ومنهم مهندسو الكهرباء (٩٤٣) ، ثم المهندسون المدنيون (٦٨٢) ، والمهندسون الميكانيكيون (٥٨٢) ، ثم المهندسون المعماريون (٥٠١) .

٢) قسم عمال الانتاج وعمال تشغيل وسائل النقل :

ويلى قسم أصحاب المهن الفنية مباشرة ، من حيث ارتفاع نسبة التعاقدات حيث بلغ حوالى ٢٤.٠٪ والمهن الغالبة فى هذا القسم والتى وردت فى تعاقدات ١٩٨١ . هى :

البناءون والنجارون : وبلغت نسبتهم ٥.٠٤٪ من اجمالى التعاقدات ، واهم المهن الموجودة هى :

بناء بالطوب	٣١٠٩ حالة
نجار باب وشباك	٥٥١ حالة
مبيض معمارى	٥٤١ حالة
نجار مسلح	٤٨١ حالة

عمال تركيب واصلاح المعدات الكهربائية : وبلغت نسبتهم ٢.٦٨ ٪ من اجمالى التعاقدات . وأهم المهن هى :

كهربائى عام	١٠٤٩ حالة
كهربائى شبكات كهربائية	٦١٦ حالة
كهربائى تبريد وتكييف	١٤٨ حالة
عامل لحام كابلات كهربائية	١٤٨ حالة

الملاحظون والمشرفون على الانتاج : وبلغت نسبتهم ٢.٢٧ ٪ من اجمالى التعاقدات ، وأهم المهن هى :

ملاحظ معمارى	١٢٧٠ حالة
ملاحظ كهربائى	٥٢٤ حالة
ملاحظ ميكانيكا سيارات	٣٥٦ حالة
ملاحظ براده معادن	٢٠٤ حالة

عمال تركيب وتجميع وصيانة الآلات الدقيقة : وبلغت نسبتهم ٢.٢٦٪ من اجمالى التعاقدات ، وأهم المهن هى :

ميكانيكى سيارات	١٠٠٠ حالة
ميكانيكى آلات ورش	٩٦٦ حالة
ميكانيكى الآت دقيقة	٥٦٣ حالة

٣) قسم القائمين بالأعمال الكتابية :

ويلى القسمين السابقين فى الأهمية الخاصة بالتعاقد ، للعمل فى الخارج وقد بلغت نسبتهم ١٧.٤٪ من اجمالى التعاقدات ، بينما كانت نسبتهم ٧,٢٩ ٪ فقط من قوة العمل الاجمالية . والمهن الغالبة طبقا لتعاقدات ١٩٨١ ، وهى :

موظفون تنفيذيون	٧٤٨١ حالة
كاتب آلة كاتبة	٣٦٠٢ حالة
كاتب حسابات	٢٩٢٢ حالة
صراف	٨٥٠ حالة

٤) الاقسام المهنية الباقية :

وعددها أربعة ، لم يحدث بها سوى نسبة صغيرة من التعاقدات .

وبيان هذه الاقسام هو:

المديرون ألاداريون ومدير الأعمال	٠.٨٪
القائمون بأعمال البيع	١.٧٪
القائمون بالخدمات	٤.٥٪
العاملون فى الزراعة	٢.٧٩ ٪

الأجهزة المعنية بشئون العاملين فى الخارج

تعددت وتنوعت الاجهزة المعنية بشئون الهجرة تبعا لطبيعة هذا الموضوع من حيث أوضاع قوة العمل المهاجرة ودورها فى مصر قبل سفرها ، ثم اجراءات السفر وما تتطلبه من تجهيزات ، وكذلك أوضاعها فى بيئاتها الجديدة فى المهجر ، ومن ثم تتوزع اختصاصات أجهزة الدولة فيما يختص بشئون الهجرة على النحو الآتى :

١) وزارة القوى العاملة :

بالنسبة للسياسات

– قرار رئيس الجمهورية رقم ١٦٥ لسنة ٧٦ بمسئوليات وتنظيم وزارة الدولة للقـــوى العاملة والتدريـب ويقضى بأن تختـص الوزارة بالآتى :

رسم سياسات الافادة من الهجرة والعمل فى الخارج على ضوء سياسات الاستخـــدام ووضـع الخطـط والبرامـج التنفيذية فى هــذا الشـأن .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥٩ لسنة ١٩٨٢ ، بانشاء مجلس أعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب ، ونص على أن يختص المجلس برسم السياسة القومية لتخطيط وتنمية القوى البشرية ، ووضع برنامج قومى شامل لتنميتها ، واستخدامها الاستخدام الأمثل .

بالنسبة للرعاية :

– رسم سياسة الافادة من الهجرة ، بما فى ذلك رعاية العمالة المصرية فى الخارج .

– بحث واتخاذ وسائل تنسيق الخدمات العمالية ، ونشر وسائلها ، ودعم نشاط المنظمات العمالية فى هذا الشأن .

بالنسبة للاعلام

– وضع واعتماد كافة برامج الاعلام والنشر فى مجالات القوى

العاملة والاستخدام والتدريب المهنى .

٢) وزارة الخارجية :

بالنسبة للسياسات

ادارة شئون الهجرة :

- شئون المهاجرين بالداخل .

- التنسيق مع أجهزة الدولة والهيئات والمؤسسات المساهمة فى مجال الهجرة لتنظيم نشاطها والتيسير على المهاجرين والبت فى شكواهم .

- إعداد البحوث والدراسات عن الهجرة عامة والهجرة المصرية خاصة ، وعن اسواق العمل فى الخارج للمساعدة فى ايجاد فرص عمل للفائض من العمالة الداخلية .

- شئون المهاجرين بالخارج .

- تشترك الادارة فى المحادثات الخاصة بالاتفاقيات التى تعقد بين مصر والدول الاخرى بشأن تنقل الايدى العاملة.

بالنسبة للرعاية

داخليا :

- التعاون مع ممثلى الهيئات الدولية للهجرة فى تقديم المساعدات للمهاجرين المصريين دون تفرقة فى الدين أو المذهب .

- التعاون مع سفارات دول المهجر بالقاهرة للحصول على أكبر قدر من التيسيرات للمهاجرين مثل الاستقبال عند الوصول لدولة المهجر والاعتراف بالشهادات المصرية والمعاونة فى تدبير سكن مبدئى .

- تيسير اجراءات استقبال المهاجرين الوافدين للوطن الام للزيارة ، والحفاوة بهم بالتعاون مع اجهزة الدولة المختلفة .

خارجيا :

- رعاية شئون المهاجرين وحل مشاكلهم مع سلطات دولة المهجر .

- تشجيع المهاجرين على اقامة روابط وجمعيات لهم فى دول المهجر .

- التنسيق والتعاون مع الهيئات والسلطات الدولية ، وكذلك مع الهيئات الدينية لمساعدة تجمعات المهاجرين على اقامة المنشآت الدينية .

بالنسبة للاعلام

داخليا :

- الرد على استفسارات المواطنين الراغبين فى الهجرة .

- الاتصال بأجهزة الاعلام بغرض نشر الوعى لدى المواطنين .

خارجيا :

- تيسير حصول المهاجرين وجمعياتهم على الجرائد والمجلات والكتب المصرية وإقامة المكتبات المصرية .

- نشر الوعى القومى بين المهاجرين فى المهجر لربطهم بالوطن الأم .

وزارة الدولة لشئون الهجرة :

بالنسبة للسياسات

نص قرار رئيس الجمهورية رقم ٥٦٩ لسنة ١٩٨١ بشأن اختصاص السيد وزير الدولة لشئون تنظيم الهجرة والعلاقات العامة بالمصريين فى الخارج - على أن يكون :

- وضع سياسة شاملة لهجرة المصريين للخارج على ضوء اهداف التنمية القومية والاجتماعية والاقتصادية والمصالح القومية للبلاد.

بالنسبة للرعاية :

- رعاية شئون المصريين المقيمين بالخارج ، من المنتجين والعلميين الدارسين والمبعوثين والعاملين ، وذلك بهدف تكوين رأى عام وطنى يساند القضايا القومية والوطنية ، مع الافادة بخبراتهم وكفاياتهم فى شتى مجالات الانتاج والتنمية ، وتدعيم الروابط القومية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية بينهم وبين الوطن الأم ، وبينهم وبين بعضهم ، واطلاعهم على القضايا الوطنية العامة وتوضيح ظروفها وأهدافها ، والتصدى

للاساليب التى قد يواجهون بها فى الخارج .

– العمل على تقديم خدمات وتيسيرات تعليمية أو سياحية أو اقتصادية للمصريين وابنائهم فى الخارج ، وتدعيم وتقوية علاقاتهم مع السفارات والقنصليات المصرية ، وتزويد صحف المهجر بالمعلومات الصادقة .

بالنسبة للاعلام

– اقامة وتنظيم المؤتمرات والندوات فى الداخل والخارج ، لبحث مشاكل المهاجرين وايجاد الحلول لها ، واطلاعهم على شئون وطنهم وقضاياه القومية والتعرف على آرائهم ومقترحاتهم ، وكذلك الحفاظ على اللغة والثقافة العربية والتراث الوطنى والروابط الروحية بين المهاجرين ، والعمل على نشره بين اجيالهم الجديدة ، وذلك عن طريق تمكين ابناء المهاجرين من متابعة تعليمهم وفقا للنظم المصرية ، وانشاء مراكز ثقافية عربية حيثما وجدت تجمعات المهاجرين وتزويدها بالكتيبات .

٤) اللجنة العليا للهجرة :

كذلك قضت المادة الخامسة من القانون رقم ١١١ لسنة ١٩٨٣ بشأن الهجرة ، على أن تختص اللجنة العليا للهجرة بالعمل على توفير احتياجات المصريين المقيمين فى الخارج ، من مواد ثقافية واعلامية وقومية تحفظ صلاتهم بالوطن ، وتوفير وسائل نشر اللغة العربية بين ابنائهم ، ودعم الجهود التى تبذل لتعميق الروابط الروحية بين المصريين فى الخارج .

قانون الهجرة وحقوق المهاجرين :

اهتم المجلس فى الدورة السابقة بموضوع رعاية المصريين بالخارج وأوضح فى دراسته الوسائل التفصيلية لهذه الرعاية ، وقد تزايد اهتمام الدولة تباعا بهذه الفئة من المواطنين ، حتى صدر القانون ١١١ لسنة ١٩٨٣ فأضفى الصبغة القانونية على رعاية المصريين بالخارج وكفل لهم مزيدا من الحقوق والمزايا ، فى مقدمتها :

• احتفاظ المهاجر هجرة دائمة بجنسيته المصرية ، هو وزجته وأولاده القصر أو من يولدون له فى المهجر .

• اعفاء عائد استثمار ودائع المهاجرين من كافة الضرائب .

• تمتع رأس المال الذى يشارك به المصرى المهاجر أو العامل بالخارج ، فى أعمال استثمارية داخل البلاد بكافة المزايا المقررة لرأس المال الأجنبى .

• ضمان إعادة المهاجر هجرة دائمة الى وظيفته اذا عاد الى الوطن خلال سنتين من تاريخ قبول استقالته ، مع جواز تعيين من جاوزت هجرته مدة السنتين ، متى توافرت فيه اشتراطات شغل الوظيفة .

وسائل الرعاية المقررة فى القانون :

التزمت الدولة فى المادة الثانية من قانون الهجرة ، برعاية المصريين فى الخارج ، وكلفت الوزير المختص بشئون الهجرة باتخاذ مايلزم من اجراءات الرعاية وتحديد الوسائل التى تكفلها ومن أهم هذه الوسائل :

• اقامة وتنظيم المؤتمرات فى الداخل والخارج لبحث مشاكل المهاجرين وايجاد الحلول لها .

• دعم انشاء الاتحادات والنوادى والروابط المصرية فى دول المهجر ، ودعم القائم منها ادبيا وماديا .

• الحفاظ على اللغة والثقافة العربية والتراث الوطنى والقومى والروابط الروحية بين المهاجرين ، والعمل على نشره بين اجيالهم الجديدة .

• تيسير زيارة المهاجرين للوطن ، وزيارة ذويهم لهم .

الآثار المترتبة على هجرة العمالة

ترتبت على هجرة القوى العاملة المصرية الى الخارج مجموعة من الآثار منها ماهو ايجابى ومنها ماهو سلبى ، وينبغى أن يكون الهدف من

تحديد هذه الآثار هو وحدة الصالح العام للفرد و المجتمع ، مع عدم اغفال الدور الحضارى الذى تؤديه هذه العمالة فى البلاد العربية ، كمسؤلية تاريخية منوطة بالشقيقة الكبرى مصر . ومن خلال هذه الرؤية ينبغى النظر الى الآثار التى تتلخص فيما يأتى :

الآثار الايجابية

الجانب السياسى :

. لم تتخلف مصر عن واجبها الحضارى تجاه شقيقاتها من الدول العربية اذ عاونتها فى مختلف الظروف على البناء والتنمية والأخذ بأسباب النهوض الحضارى فى شتى الميادين ، واذا كانت بعض الظروف قد حالت دون أداء هذا الواجب على المستوى الرسمى ، فان مصر تقوم به الان على المستوى الشعبى ممثلة فى الأعداد الكبيرة من ابنائها الذين يشاركون بجهودهم فى تنفيذ خطط التنمية فى مختلف البلاد العربية .

• وقد ادى انتشار المصريين فى البلاد العربية خلال فترة قطع العلاقات السياسية الى استمرار الصلات الودية بين مصر وهذه الدول التى حرصت على استرضاء الجاليات المصرية بها .

الجانب الاقتصادى :

. تخفيف الضغط على ميزان المدفوعات عن طريق إحداث نوع من التوازن بين ما تنفقه الدولة من عملات حرة لتمويل تجارتها الخارجية وبين دخولها من هذه العملات اذ تمثل تحويلات المصريين بالخارج - فى الوقت الحالى - أحد الموارد الرئيسية للنقد الاجنبى .

• تمويل عمليات الاستيراد بدون تحويل عملة والتى تحتاجها البلاد سـواء لاستيراد مستلزمات الانتاج أو السلع الاستهلاكية الضرورية .

• كفاية الدولة مئونة تمويل كثير من السلع الاستهلاكية اللازمة للاستهلاك المحلى ورصد ايراداتها من العملات الصعبة لدفع عجلة التنمية .

• تحسين معدل الادخار لدى بعض المواطنين ، نظرا للدخول المرتفعة التى يحصل عليها العاملون بالخارج .

• تنشيط التجارة الداخلية ، بسبب ارتفاع معدلات انفاق هذه الفئة ، مما زاد من أرباح التجار ، وبالتالى رفع معدل ادخارهم .

• تخفيف العبء عن كاهل الدولة بالنسبة للخدمات العامة كنفقات التعليم والصحة وغيرها ، مقابل الدعم الذى تتحمله الدولة بالنسبة لهؤلاء المهاجرين وعائلاتهم .

الجانب الحضارى والاجتماعى :

• نقل بعض أوجه التكنولوجيا الى مصر ، ويتمثل فيما يقدمه المهنى العائد من خبرات تكنولوجية ، بسبب صقل قدراته فى دول المهجر.

• زيادة أواصر الترابط بين المجتمع المصرى والمجتمعات العربية على وجه الخصوص وهو أمر له تأثيراته الراهنة والمستقبلة فى تحسين العلاقات على جميع المستويات .

• اكتساب المهاجرين لمهارات اجتماعية وسلوكية جديدة ، تساعد فى بناء شخصيته وقدرته على التعامل مع نوعيات مغايرة ، وزيادة قدرته على حل مشكلاته ، وأثر ذلك على بيئته عند عودته وخاصة البيئات الريفية والشعبية .

الآثار السلبية

• كان لارتفاع أجور المهاجرين وخاصة من ابناء الريف أثر مباشر على زيادة استهلاك ذويهم من المواد الغذائية التى كانت القرية تنتج منها مايسد حاجتها ويفيض عنها ، الامر الذى ادى الى سد احتياجاتهم المتزايدة منها من المواد الغذائية المستوردة والمدعومة .

.زيادة الواردات بشكل لا يتناسب مع صادرات الدولة بسبب انتشار استخدام السلع المعمرة ،

• ارتفاع اسعار اراضى البناء واقتطاع أجزاء من الأراضى

الزراعية بالريف ، بسبب مسارعة كثير من المهاجرين لشراء الأراضى لأغراض البناء .

• تزايد ارتفاع أجور الحرفيين بسبب الهجرة ، مع ثبات أجور موظفى الحكومة والقطاع العام ، مما أدى الى ظهور فجوة بين أجور هذه الفئات والفئات الحرفية والى خلل فى بعض المفاهيم والقيم .

. حدوث خلل بين العرض والطلب فى مجال العمالة فى التخصصات المختلفة ، صاحبه عدم امكان التخطيط لها والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية منها ، وذلك لعدم توافر البيانات اللازمة لمخططى التدريب والتعليم والتى تساعد على وضع سياسات للقبول بمراكز التدريب ومعاهد التعليم تكفل توازن العرض مع الطلب .

التوصيات

برزت من خلال الدراسة السابقة وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، مجموعة من الاراء والاتجاهات ، فى مقدمتها مايأتى :

– ان صدور القانون رقم ١١ لسنة ١٩٨٣ بشأن الهجرة ورعاية المصريين فى الخارج ، قد حسم موضوع الخلاف حول هجرة العمالة بين التأييد والمعارضة ، فنظر اليها على انها ثروة قومية ينبغى الحفاظ عليها ورعايتها وزيادة وسائل نفعها والانتفاع بها .

– ينص الدستور (م٥٢) على أن للمواطنين حق الهجرة الدائمة أو الموقوتة الى الخارج وينظم القانون هذا الحق واجراءات وشروط الهجرة بمغادرة البلاد . ومن ثم فان حماية الأفراد فى الهجرة للعمل بالخارج ، لايتنافى مع تنظيم ضوابط لخروج بعض التخصصات التى يعانى الاقتصاد القومى نقصا فيها ، وينبغى ان يقترن ذلك ببعض الحوافز المغرية التى تدفعهم الى الخدمة فى الداخل .

– ان سياسة الهجرة ينبغى أن تكون احد المقومات الاساسية فى سياسة تخطيط القوى العاملة ، بحيث يسهل وضع الخطط الكفيلة بتدبير الحجم والنوعيات المطلوبة وفى الوقت المناسب ، دون تعريض القوى العاملة اللازمة للتنمية القومية الى عجز فى قدراتها .

– ومن ثم ينبغى العمل على مايأتى :

• إعداد سياسة قصيرة الاجل وأخرى طويلة الاجل وخاصة بالنسبة للهجرة الدائمة .

• النظر فى تقييم اعمال اللجان المختصة بتدريب العمالة المهاجرة ، تمهيدا لتوحيد جهة التدريب ولتكن وزارة الهجـرة وذلك وفقا لقانون الهجرة .

. أن رعاية المهاجرين هجرة دائمة ، تحتاج الى مزيد من الاهتمام وخاصة بالنسبة لاولادهم ، مما يحتاج الى دراسة خاصة .

– النظر فى انشاء صندوق للتنمية الاجتماعية ، يمول عن طريق التحصيل الاختيارى من العاملين فى الخارج ، وذلك باشتراك دورى محدود .

– ان الحديث عن الآثار السلبية لوجود العمالة المصرية بالخارج ، لايعنى انتفاء النفع منها ، بل يقصد فى المقام الاول تدارك هذه الاثار باتخاذ تدابير مناسبة تعود على البلاد بالانتفاع الكامل من هذه القوة الفعالة ، داخليا وخارجيا .

– ان ماظهر عندنا حديثا من اتجاه لاستيراد العمالة الصفراء من الخارج ، امر يستدعى الاهتمام من خلال دراسة جادة لمعرفة آثاره ومواجهته .

وعلى ضوء ماسبق وماوصلت اليه دراسات المجالس القومية بشأن الدراسات الآتية .

• سياسة اقتصاديات مدخرات المصريين العاملين بالخارج .
• سياسة الرعاية الاجتماعية للمصريين العاملين بالخارج .
• سياسة التدريب الحرفى والمهنى .
• اتجاهات رئيسية لتطوير وتنمية القرية .

يوصى بمايأتى :

أولا : فى مجال توفير البيانات الاحصائية والمعلومات :

* انشاء بنك للمعلومات ، لتوفير البيانات والمعلومات والبرامج وأساليب التدريب المختلفة ، والاحصاءات المتعلقة بالقوى البشرية ، سواء بالسوق المحلية ، أو بالسوق الخارجية ، من حيث الاحتياجات منها بمستوياتها المطلوبة ، مع العمل على تنظيم اختزان هذه المعلومات وتطوير تصميمها باستخدام التقنيات الحديثة ، لسرعة توفير البيانات ودقتها .

– مع توفير البيانات اللازمة للمعاهد والمراكز التى تقوم بإعداد العمالة المدربة ومقارنة الاحتياجات الفعلية من هذه العمالة اللازمة لمصر أولا ، وللبلاد العربية ثانيا ، بقدرات هذه المعاهد والمراكز على التخريج ، وأن يتم ذلك بأسلوب احصائى علمى دقيق .

* التعاون الجاد والفعال والتنسيق بين الجهات المختلفة المعنية بالهجرة الخارجية لحصر جميع العاملين بالخارج ، فى فترة زمنية محددة وكذلك العاملين العائدين الى الوطن تمهيدا للافادة من خبراتهم وخدماتهم فى المشروعات الداخلية

وفى هذا الاتجاه يمكن اتخاذ الاجراءات الاتية :

– التزام المغترب باستيفاء استمارة للاغتراب تشمل : الاسم والسن ، والمؤهلات ومحل نوع العمل بالخارج وأسماء الاقارب وعناوينهم وتليفوناتهم .

– ثم تسجل بيانات الاستمارات فى جهاز الكمبيوتر بوزارة الهجرة لتيسير مهمتها فى عمل الاحصاءات والدراسات اللازمة فى مجال الهجرة .

ثانيا : فى مجال توفير العمالة للأسواق الخارجية دون إخلال بحاجة سوق العمل فى مصر :

* إصدار تشريع متكامل للثروة البشرية : اعدادا وتدريبا ، على المستوى القومى .

* تحديد احتياجات السوق الداخلى من القوى العاملة فى ضوء استراتيجية التنمية الاقتصادية والاجتماعية وخططها الطويلة والمتوسطة والقصيرة المدى ، مما يستدعى ترجمتها الى تقديرات عن العمالة : عددا وتخصصا وتاريخ توافرها .

* تقدير احتياجات الاسواق الخارجية للعمالة بالدول المستوردة لها وذلك حتى لاتؤثر على احتياجات السوق المحلى وذلك عن طريق ماياتى :

– دراسة اتجاهات التنمية فى هذه الدول وحاجتها الى العمالة .

– دراسة سياسة استخدام العمالة الاجنبية فى هذه الدول ، وخاصة العمالة المصرية . مع الاخذ فى الاعتبار اتجاه بعض الدول العربية الى استخدام العمالة الاسيوية .

– دراسة تأثير تنفيذ التكامل مع السودان على حركة القوى العاملة واحتياجات سوق العمل فى مصر .

* مقارنة الاحتياجات الكلية لسوق العمل فى الداخل والخارج ، بالمنتظر تخريجه فى السنوات القادمة من العمالة من ناحية الكم والكيف وليتسنى رسم سياسة سليمة للاستخدام الكامل للقوى العاملة ، بما يكفل الاكتفاء الذاتى منها ، وعدم اللجوء الى استخدام عمالة أجنبية .

* وضع سياسة للتعليم تعمل على سد الاحتياجات من التخصصات المختلفة وخاصة الفنية الرفيعة – كمحللى أنظمة الحسابات الالكترونية وواضعى برامجها ، والتخصصات التطبيقية والهندسية – بالقدر المطلوب داخل الوطن ، للوفاء بحاجات الدول الاخرى منها فى الأجلين المتوسط والطويل ، نظرا للاتجاه الى زيادة الطلب عليها تطويع برامج التعليم بوجه عام للوفاء باحتياجات سوق العمل ، مع إعداد برامج التدريب المختلفة لمواجهة الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلية والسوق الخارجية ، عن طريق تحليل وتوصيف الاعمال وتحديد المهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب . مع الاخذ فى الاعتبار تطوير

هذه البرامج بما يتمشى وأساليب التدريب الحديثة ، وبما يناسب وسائل ومواد وأدوات الانتاج .

* إعداد برامج التدريب التحويلى للعمالة الزائدة فى قطاعات الحكومة المختلفة وفى القطاع العام ، لتحويل هذه العمالة الى يد عاملة منتجة. ، بما يتفق مع التقدم التكنولوجى ، لسد العجز فى بعض نوعيات العمالة ولتلبية بعض احتياجات السوق الخارجية .

ثالثا : فى مجال تنشيط الهجرة وتنظيمها :

* اقرار دبلوماسية نشطة ، لابرام اتفاقيات ثنائية واجتماعية ، تتيح للعمالة المصرية فرص العمل المناسبة والكريمة ، وتضمن حمايتها ورعايتها الصحية والاجتماعية من خلال شبكة من المكاتب العمالية التى تغطى الدول المستفيدة من العمالة المصرية .

* دراسة مشاركة الدولة أو شركات القطاع العام فى تنفيذ مشروعات متكاملة بالدول المستوردة للعمالة المصرية وطرق اسواق جديدة بالاسلوب نفسه فى الدول الاخرى .

* إعلام المواطنين بفرص العمل المتاحة فى الخارج ، وبالاجراءات السليمة التى يجب عليهم اتباعها لانهاء تعاقدهم وسفرهم ، حماية لهم من الاستغلال والانحراف مع تأهيلهم للحياة الجديدة فى الدول التى سيعملون بها .

* تعريف اصحاب الاعمال بالدول المستوردة للعمالة ، بنوعيات العمالة المصرية المتوافرة ومستوياتها ووسيلة الاتصال بها ، عن طريق الاجهزة المعنية التى توفر لها خدمات الاختيار والاختبار.

* التركيز – فى الفترة الحالية – على ترشيد الهجرة المؤقتة بما يساعد على توازن سوق العمل فى الداخل ، ويساهم فى مساندة الاقتصاد القومى .

رابعا : فى مجال رعاية الايدى العاملة المصرية بالخارج :

* تعيين ملحق اجتماعى فى مناطق الاغتراب التى يعمل بها أكثر من ٥٠ ألف مصرى لرعايتهم اجتماعيا ، وليكون رابطة الاتصال بينهم وبين وزارة الهجرة وسفارتنا والدولة التى يعملون بها ، ويمكن أن يقوم بهذا العمل الملحق العمالى ان وجد .

* رعاية المهجرين تأمينيا ، وذلك بالنظر فى مد مظلة التأمينات لتشملهم جميعا ، مع دراسة امكان تخفيض اشتراكات التأمين الاجتماعى ، وجعله الزاميا .

* ان تهتم الاتفاقيات الثنائية بين مصر والدول المضيفة للعمالة ، بالوسائل الكفيلة بحمايتها . وخاصة حماية حقوق العاملين قبل رجال الاعمال وتحديد مستحقاتهم التأمينية .

* تيسير اتصال العاملين بالخارج بذويهم ، وذلك عن طريق مايأتى :

– الاخذ بنظام البريد العاجل ، واستلام البريد من المطار وتوزيعه بصفة عاجلة عن طريق جهاز خاص ، لقاء رسم اضافى وكذلك الحال بالنسبة للبرقيات .

– اشتراك مصر فى عدد مناسب من خطوط الأقمار الصناعية تيسيرا لاتصال المغترب بذويه تليفونيا .

* تسهيل وتشجيع زيارة المغتربين للوطن ، من خلال الرحلات المخفضة عن طريق وزارة السياحة والطيران المدنى .

* إصدار كتيبات بمعرفة وزارة الهجرة يهتدى بها المصرى فى مناطق الاغتراب وتتناول :

– طبيعة الجو فى منطقة الاغتراب ومافيها من محاذير – كحالة مياه الشرب – وكيفية التعامل معها .

– التقاليد والعادات السائدة فيها وبيان ماهو مسموح به وما هو محظور منها وذلك حتى لايفاجأ المصرى بإنه خرج على عادات البلد التى يعمل فيها دون أن يدرى .

– العملات المتداولة بالبلاد الأجنبية وعلاقتها بالجنيه المصرى ، مع

ذكر مايجب على المغترب فى هـذا المجال تفاديا للاضرار باقتصاد بلاده .

* تقوية الارسال الاذاعى حتى يصل الى الخارج بوضوح ، ويمكن فى هذا المجال تقوية اذاعة معينة أو استعمال الاذاعات الموجهة وأن تخصص ساعة محددة ليلا لاذاعة اخبار مصر كاملة ، مع خلاصة وافية لمانشر بالصحف والمجلات وذلك دعما لارتباط العاملين فى الخارج بوطنهم ، وتقوية لشعورهم بالانتماء .

* ربط المهاجرين بالوطن الام ، من خلال تكوين الروابط والنوادى وفى اطار قوانين الدول التى يوجدون بها .

- مع اتخاذ الوسائل الكفيلة بنشر اللغة العربية والتربية الدينية بين المهاجرين هجرة دائمة ، وخاصة الجيل الثانى المتمثل فى ابنائهم .

* العمل على انشاء روابط صداقة بين مصر والبلاد التى يعمل بها مصريون يدون فى سجلاتها جميع البيانات الخاصة بالمصريين العاملين بها ، حتى تكون هذه الروابط حلقة اتصال بين المصرى بالخارج واقاربه فى مصر . على أن تشرف عليها السفارات المصرية ، تدعيما للصلة بين هؤلاء العاملين وسفاراتهم وهو أمر يؤدى الى مزيد من الشعور بالانتماء .

خامسا : فى مجال تنمية مدخرات العاملين بالخارج ، وتنظيم الانتفاع بها :

* العمل على تشجيع المصريين بالخارج على الحد من انفاقهم ، وحفزهم على ذلك بتوفير فرص استثمار مغرية امامهم . ويمكن فى هذا المجال انشاء شركات استثمارية مساهمة تعرض عليهم للاكتتاب فيها من خلال مكاتب التمثيل التجارى .

* انشاء شركات مقاولات مصرية أو مشتركة بالدول العربية المجاورة تقوم باستخدام عمالة مصرية فى مواقع العمل ، حيث تتولى هذه الشركات ترحيل هذه العمالة ذهابا وعودة .

* وضع نظام ثابت ومستقر للقواعد التى تحكم تحويلات مدخرات العاملين ، بما يضمن الثقة والطمأنينة فى تحقيق الاستفادة القصوى منها ووضع سعر صرف مناسب للعملات الاجنبية المختلفة .

* تشجيع الادخار بالجنيه المصرى ، مع التأكيد على مواصلة الرفع التدريجى لاسعار الفائدة التى انتهجها البنك المركزى فى السنوات الاخيرة ، وصولا الى أسعار فائدة تتناسب مع معدلات التضخم المحلى ، مع التحوط من أثار هذا الرفع على تكلفة الاستثمار ومن ثم على زيادة الأسعار .

* ترشيد الاستيراد بدون تحويل عملة ، حتى يسهم فى تغطية النقص من السلع الاساسية ومستلزمات الانتاج .

سادسا : فى مجال تدارك الآثار السلبية لهجرة العمالة :

* اتخاذ الاجراءات الكفيلة بتنفيذ واحترام التشريعات التى تحد من امتداد المبانى على الاراضى الزراعية وتشجيع التوسع فى انشاء المدن الجديدة فى المناطق الصحراوية وسيناء .

* التوسع فى استخدام الميكنة الزراعية ، لتعويض النقص الشديد فى العمالة الزراعية ، ووضع خطة عاجلة لإعداد الكوادر الفنية اللازمة ، مع التاكيد على ان تتضمن هذه الخطة برامج تنفيذية لتدريب العمال الزراعيين على استخدام الآلات الزراعية الحديثة .

* ضرورة العمل ، من خلال تخطيط جاد وفعال ، على ان تعود القرية المصرية الى كفاية نفسها بنفسها ، عن طريق إحياء الصناعات الصغيرة بعد تطويرها طبقا لمقتضيات العصر وذلك باستخدام الوسائل والادوات الحديثة كلما امكن ذلك .

* وضع سياسة مجزية للاجور وربط الاجر بالكفاءة الانتاجية ، بما يكفل زيادة الانتاج ، وتنمية موارد الدولة ، وعدم تسرب العمالة المختلفة ذات الكفاءة العالية الى الخارج ، وحث الأفراد على الاتجاه الى التعليم الفنى الصناعى ، والحد من الاستهلاك الخاص .

سياسة رفع الكفاية الانتاجية

مفهوم الكفاية الأنتاجية :

يقصد بالكفاية الانتاجية الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية المتاحة ، حيث تعنى الاستفادة الرشيدة بكافة مقومات الانتاج وعناصره لتحقيق الانتاج الأفضل ، وهى بهذا المفهوم تعتبر مقياسا لمدى التشغيل الاقتصادى ومعيارا لمدى الناتج من استخدام كل عناصر الانتاج ، أو أحد عناصره ، ومؤشرا لمدى الاستفادة منها ، كما أنها تمثل النسبة بين المخرجات بكافة أنواعها : صناعية كانت أو زراعية أم تجارية أو خدمية وبين المدخلات وهى جميع العناصر التى دخلت فى هذا الانتاج أثناء مراحله المختلفة ، فى وقت محدد ، وذلك لاشباع الرغبات المتعددة والمتباينة لأفراد المجتمع .

وينطبق هذا التعريف على أى نشاط على المستوى القومى ، سواء كان انتاجيا أو خدميا .

وتعبر الكفاية الانتاجية عن الكم والكيف معا ، فيمكن مثلا تحديد كفاية آلة معينة عن طريق حساب الوحدات التى تنتجها ، أو مقدار الطاقة التى تستهلكها ، وقد يقاس نمو الانتاجية ، بعوامل أخرى مثل تكلفة العمالة أو تكلفة الآلات أو مصروفات البيع للحصول على تحديد عاملى الكم والكيف معا .

وهناك أمثلة توضح أهمية رفع الكفاية الانتاجية ، فمثلا تزداد انتاجية الأرض الزراعية عندما يزداد انتاجها من الحاصلات باختيار بذور جيدة ، أو باستخدام أسمدة مناسبة مما يترتب عليه زيادة الانتاج وانخفاض تكاليفه .

والكفاية الانتاجية هى المقياس الحقيقى للتقدم الاقتصادى ، وهى العامل الفعال الذى يقرر سرعة تقدم البلد نحو الرفاهية وزيادة دخل الفرد ورفع مستوى معيشته ، فزيادة الانتاجية فى مجال الأنشطة الاقتصادية يؤدى الى اتاحة المزيد من السلع الانتاجية والاستهلاكية ، والى تحسين ظروف العمل وتخفيض ساعاته ونفقات انتاجه ، واتاحة قدر أكبر من المنافسة فى الأسواق الخارجية والحصول على مزيد من العملات الصعبة ومن هنا كانت الكفاية الانتاجية سببا رئيسيا فى تقدم الدول اقتصاديا واجتماعيا .

الكفاية الانتاجية فى مصر :

امتدت حركة الكفاية الانتاجية الى مصر فى وقت متأخر نسبيا وذلك بسبب قيام حركة التصنيع فى أول الأمر على جهود فردية ، فلم تهتم بتقدم فنية الصناعة ، وقد ساعد على ذلك ضعف الحركة النقابية عموما . الا أنه بعد نهاية الحرب العالمية الثانية وزوال العوامل الاستثنائية التى ساعدت على ازدهار الصناعة المصرية طوال فترة الحرب ، وبدأت الصناعة المصرية تواجه كسادا حادا ، الامر الذى اضطرها الى التحول الى سياسة جديدة تقوم على تجديد آلاتها وتطوير وسائل انتاجها ورفع مستوى كفايتها الانتاجية .

وفى أواخر الخمسينات – بعد قيام ثورة ٢٣ يوليو – بدأ الاهتمام بنظريات ووسائل الترشيد وببرامج رفع مستوى الكفاية الانتاجية ، واهتمت لجنة السنوات الخمس لشئون العمل والعمال بموضوع الكفاية الانتاجية وأوصت ببرنامج محدد فى هذا المجال كلفت بتنفيذه يومئذ ، مصلحة العمل بوزارة الشئون الاجتماعية ، وكان من ثمار هذا البرنامج :

- انشاء مجلس أعلى للتدريب المهنى والكفاية الانتاجية فى عام ١٩٥٤ يضم ممثلين للعمال وأصحاب الأعمال بجانب ممثلى السلطات الحكومية المختصة . وقد عهد اليه بمستويات التوسع الرأسى فى الانتاج عن طريق التدريب وترشيد وسائل العمل والانتاج ومواكبة التقدم التكنولوجى بوجه عام كما انشىء المجلس الدائم لتنمية الانتاج القومى فى أوائل عام ١٩٥٣ ، والمجلس الدائم للخدمات العامة الذى انشىء أيضا فى أواخر نفس العام ليقوم بتنسيق مختلف الخدمات العامة التى تقدمها الدولة ويعمل بالوسائل المناسبة على رفع مستوى الخدمات العامة مع خفض نفقة هذه الخدمات بقدر الإمكان وقد توقف هذا المجلس عقب انشاء وزارة الصناعة فى عام ١٩٥٦ .

- انشاء مركز نموذجى للتدريب والكفاية الانتاجية بالتعاون مع منظمة العمل الدولية ، وقد زود هذا المركز بعدد كبير من الخبراء الدوليين فى اعداد وتنفيذ برامج التدريب المهنى وفى بحوث ووسائل رفع مستوى الكفاية الإنتاجية وقد حول هذا المركز الى مصلحة حكومية تابعة لوزارة الصناعة عقب انشائها تحت اسم مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى . ومن أهم اختصاصات هذه المصلحة :

- إعداد وتدريب متخصصين للعمل بالوحدات الاقتصادية فى مجالات الكفاية الانتاجية المختلفة .
- انشاء مراكز للكفاية الانتاجية بالمناطق الصناعية .
- انشاء مراكز للتدريب المهنى بالمناطق الصناعية لاعداد وتدريب العمالة اللازمة للصناعة ورفع مستوى مهارة العمال القائمين بالعمل .
- اعداد وتدريب المدربين اللازمين لمراكز التدريب المهنى .
- انشاء معهد للاستشارات الصناعية لإعداد وتدريب المستشارين اللازمين للوحدات الاقتصادية لحل المشكلات التى تعترض الانتاج .

الكفاية الانتاجية ومستوى معيشة الأفراد :

هنالك طريقتان رئيسيتان لرفع مستوى معيشة الفرد :

الاولى ، عن طريق استغلال رؤوس أموال جديدة فى زيادة فرص العمل وتأمينها للأفراد وهذا مايسمى بالتوسع الأفقى .

الثانية ، عن طريق استغلال الامكانات المتاحة بأقصى كفاءة ممكنة ، سواء كانت امكانات صناعية أو زراعية للحصول على أكبر انتاج ممكن منها مما يؤدى الى خفض سعر تكلفة المنتجات ، لتكون فى متناول طاقة الفرد الشرائية وبالتالى رفع مستوى معيشته ، وهذا ما يسمى بالتوسع الرأسى .

ويحقق ارتفاع الكفاية الانتاجية رفع مستوى معيشة الفرد ، ومن المؤشرات الدالة على ذلك مايلى :

- ارتفاع الكفاية الانتاجية فى شركات القطاع العام بنسبة ٥٪ يؤدى إلى زيادة الدخل القومى بما يعادل حوالى ٥٠٠ مليون جنيه . « عن دراسة ميدانية قامت بها مجموعة من الخبراء من البنك الدولى والجامعة الامريكية على شركات القطاع العام فى ١٩٨١ » .
- انخفاض تكاليف الانتاج أو زيادة الانتاج باستخدام نفس الامكانات المتاحة .
- ارتفاع دخل الفرد نظير زيادة انتاجه عن طريق نظم الحوافز والمكافآت التشجيعية .
- ارتفاع الكفاية الانتاجية يعنى انتاج الكميات المطلوبة بنفس الامكانات المتاحة وفى وقت أقل ، وهذا الوفر فى الوقت يمكن استخدامه فى انتاج جديد تكون البلاد فى احتياج اليه ، بدلا من استيراده من الخارج ، وهذا يعنى توفير العملات الأجنبية وزيادة الدخل القومى وانتاج منتجات جديدة مثل الثلاجات والغسالات الكهربائية وغيرهما من مستلزمات الحياة الضرورية بتكاليف أقل من المستوردة ، مما يعمل على تحسين الأحوال المعيشية للأفراد .

العمالة والأجور الانتاجية :

اهتمت الدولة باتاحة فرص عمل جديدة للأفراد حتى تتمشى الى حد ما مع الزيادة المرتفعة فى عدد السكان والتى تبلغ حوالى ٢,٥٪ سنويا وفيما يلى بيان عن فرص العمل فى بعض الاعوام :

• عام ١٩٧٧ ٢١٤ألف فرصة عمل

• عام ١٩٨١ /١٩٨٢ ٤٦٦ ألف فرصة عمل

• الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٦ ، ١ ، ٢ مليون فرصة عمل متوقعة بمتوسط زيادة سنوية فى فرص العمل تبلغ حوالى ٤٢٠ ألف مشتغل . وبذلك يرتفع عدد المشتغلين فى الأنشطة الاقتصادية فى عام ٨٦/١٩٨٧ الى ٨ ، ١٣ مليون مشتغل مقابل ٧ ، ١١ مليون مشتغل فى ٨١/١٩٨٢ .

وفى سبيل اتاحة فرص العمل خطت الدولة خطوات كبيرة فى مجالات التنمية المختلفة فانشأت القطاع العام والمصانع العديدة فى أوائل الستينات ، فضلا عن إجراء توسعات بالمصانع القائمة استوعبت آلاف العمال .

كما قامت بوضع نظم للأجور والحوافز والمكافآت التشجيعية وخفضت ساعات العمل الأسبوعية من ٤٨ ساعة الى ٤٢ ساعة ، وحددت الحد الأدنى للأجور فى الشهر بمبلغ ٧جنيهات رفعته الى ١٢ جنيها فى ١٩٧١ ثم الى ١٦ جنيها فى ١٩٧٨ وأوصلته إلى ٣٥ جنيها ابتداء من أول يوليو ١٩٨٤ ، الأمر الذى أدى الى الارتفاع بدخل العامل . وقد حرصت الدولة على زيادة الانتاج ، فأصدرت القرار الجمهورى رقم ٣٥٤٦ فى نوفمبر ١٩٦٢ والخاص بنظام العاملين بالشركات التابعة للمؤسسات العامة والذى اهتم بتطوير الأجور وجعله يرتكز على نظام تقييم الوظائف ، على أساس تحديد حد أدنى لأجر العامل يتناسب مع العمل الذى يقوم به ، وتم تقييم الأجر طبقا للعناصر المختلفة المؤثرة فيه .

وبرغم صدور القرار الجمهورى رقم ٣٥٤٦ المشار اليه وما تلاه من تشريعات فى مجال تطوير نظام الاجور وتقييم الوظائف ، فقد كشفت دراسات تمت فى القطاع العام عن السلبيات الآتية :

• ارتفاع نسبة البطالة المقنعة بين العاملين .

• انخفاض عدد ساعات العمل المنتجة .

• ارتفاع نسبة اجمالى الاجور الى الناتج القومى حيث بلغت نسبته حوالى ٣٩٪ فى عام ١٩٨١ /١٩٨٢ مما يعنى أن جزءا كبيرا من الناتج القومى يتم تخصيصه للأجور .

• أشار تقرير البنك المركزى لعام ١٩٨٠ / ١٩٨١ الى أن معدل الزيادة فى الاجور ١ ، ١٤٪ فى حين أن معدل الزيادة فى الانتاج ٥ ٪ مما يعنى زيادة الضغوط التضخمية .

• يحصل العامل على اجر وحافز وعلاوة دورية سنويا بغض النظر عن انتاجيته .

• يحصل معظم العمال على حوافز شهرية تصل فى بعض الاحيان الى ١٠٠ ٪ أو أكثر وهذا يعنى أن معدل الانتاج النمطى منخفض جدا .

وقد أثر كل ذلك مباشرة على تكلفة المنتجات التى أخذت فى الارتفاع سنة بعد أخرى بنسب كبيرة ، وأصبحت خارج القدرة الشرائية للكثير من المواطنين . مما دعا الدولة الى دعم كثير منها بملايين الجنيهات ، وهو أمر يستدعى سرعة العمل على تطوير نظم الاجور على أسس علمية سليمة .

العوامل المؤثرة فى الكفاية الانتاجية :

إن العوامل المؤثرة فى الكفاية الانتاجية يؤثر بعضها على بعض ولذلك فان دراسة هذه العوامل لايتأتى الامن خلال تقسيمها الى مجموعات تضم كل مجموعة عددا من العوامل المتشابهة ، على أن أهم مجموعتين من مجموعات هذه العوامل هما : مجموعة العوامل المادية والتى تتمثل فى المواد الخام والآلات والمعدات وقطع الغيار ورأس المال ، ومجموعة العوامل البشرية والتى تنقسم بدورها الى عنصرين اساسيين هما : العمل المادى والفنى ، والعمل الادارى والتنظيمى . وتعتبر الادارة أهم عنصر من عناصر مجموعة العوامل البشرية فهى التى تعمل على الوصول بالانتاج الى مستوى أداء أفضل كما وكيفا عن طريق الاستخدام الأمثل لكافة عوامل الانتاج خلال فترة زمنية محددة ، وهى التى تحقق التنسيق بين عناصر الانتاج المختلفة حتى لايتعطل منها عامل أو يساء استخدامه أو يستغل بأقل من طاقاته ، الا أن ذلك لايقلل

من أهمية العوامل الأخرى . فلعامل الوقت أهميته فى عمليات التخزين والتمويل ، ولعامل الكم أهميته فى حجم المواد التى يحتاجها الانتاج ، ومراعاة ظروف الوفرة أو الندرة بالنسبة للمواد الخام ، ولعامل الكيف أهميته فى جودة المواد الخام وطريقة معالجتها اثناء العملية الانتاجية .

أهم العوامل المؤثرة فى الكفاية الانتاجية :

١) التدريب المهنى :

تعمل برامج التدريب المهنى على بلوغ الكفاية الانتاجية للعامل حدها الأمثل نتيجة حسن اختيار الفرد للعمل الذى يتناسب مع ميوله واستعداده وحسن تدريبه .

وقد تعددت مراكز التدريب المهنى فى مصر ، تحت رعاية وزارة الصناعة ، بيد أن التجربة أوضحت أن هذه المراكز لاتأخذ فى اعتبارها الاحتياجات الفعلية للمشروعات مما أدى الى حدوث فجوة بين برامج التنمية وسياسة الاستخدام وبين سياستى التعليم والتدريب ، كان من نتيجتها وجود فائض فى خريجى بعض هذه المراكز ، وعجز فى خريجى بعضها الآخر ، وقد تطلب الامر انشاء مجلس أعلى للقوى العاملة والتدريب فى ١٩٧٦ ثم حل محله المجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب فى عام ١٩٨٢ .

ويمكن تلخيص الوضع القائم فى مجال التدريب المهنى فيما يلى :

– التدريب بمراكز التدريب المهنى التى أنشأتها مصلحة الكفاية الانتاجية ، وهى أكثر أجهزة التدريب تقدما من حيث التجهيز الآلى وبرامج التدريب ومستوى المتدربين ، وقد الحقت هذه المراكز بوزارة الاسكان ، وبعض المراكز الصناعية حسب التخصص النوعى لكل منها .

– التدريب فى المدارس الفنية والمهنية الصناعية والزراعية والتجارية التى تعانى من زيادة أعداد الملحقين بها وتخلف التجهيزات .

– التدريب بالممارسة فى أماكن العمل (التلمذة الصناعية) وهو يتفاوت فى جودته ومستواه تبعا للمنشآت المدربة فهو أفضل فى المنشآت الكبيرة عنه فى المنشآت الصغيرة .

٢) التعليم والتوجيه المهنى :

ينبغى قبل البدء فى التدريب ، اجراء اختبارات فنية ونفسية يقوم بها خبراء التوجيه المهنى بغرض التعرف على الميول والاستعدادات الحقيقية لكل عامل ، وحتى يمكن من البداية توجيه العامل الى العمل الذى يناسب استعداده الطبيعى وميله النفسى .

هذا ولما كانت المهارة فى عصرنا الحاضر ترتكز على العلم والتكنولوجيا فيجب أن يتزود العامل بالحد الأدنى من الثقافة الذى يقتضيه جو الحياة الصناعية الحديثة وهو ماتكفله له مرحلة التعليم الأساسى . ولما كان التعليم مرحلة سابقة على التدريب فانه من الضرورى أن يكفل تطوير نظم التعليم ووسائله وبرامجه – وفقا لمبادىء التوجيه المهنى – الكشف فى وقت مبكر عن الميول والاستعدادات الطبيعية للنشء والتى تساعدهم على ابرازها وهذا يقتضى :

- مراعاة الفوارق الفردية فى القدرات والاستعدادات والميول عند تقرير مواد الدراسة التى تدرس للتلاميذ بحيث يترك للطالب فرصة اختيار المواد المناسبة له والتى يرغب فى دراستها ، علاوة على المواد الأساسية الواجب دراستها .
- اعطاء التلاميذ فرصة ممارسة بعض الهوايات أو دراسة بعض المواد العملية خارج الوقت المخصص للدراسة
- استخدام طريقة المشروع حيث يشترك التلاميذ فى مشروع جماعى يستخدمون أثناءه معلومات من مختلف المواد الدراسية ، وبحيث يكفل إعداد الطالب إعدادا علميا .
- دراسة التلاميذ للبيئة المحيطة كمنطلق للحصول على معلومات متنوعة ومتكاملة من مختلف المواد الدراسية .

٣) التنسيق بين سياسات الاستخدام والتعليم والتدريب :

أن التوازن بين القوى العاملة المتاحة كما وكيفا وبين فرص العمل المتوافرة لايمكن تحقيقه بدون التنسيق بين سياسات الاستخدام والتعليم والتدريب ، والتوازن النوعى أكثر أهمية من التوازن الكمى لما له من قدرة

على التكيف مع مشروعات التنمية ، ويتم التنسيق بين هذه السياسات على ضوء التقديرات طويلة الأمد لاحتياجات مشروعات التنمية من القوى العاملة . كما يدخل أيضا في مجال التنسيق مراعاة التوازن بين سن العمل وبين مرحلة التعليم الاساسي ، حيث يلزم عند رفع الحد الأدنى للتعليم رفع الحد الأدنى لسن التشغيل ، كي لايترك التلاميذ دراستهم فترتفع نسبة المتسربين من التعليم من جهة ، وينخفض مستوى الكفاية الانتاجية لصغار العمال من جهة اخرى .

٤) كفاءة التنظيم :

والتنظيم الكفء هو التنظيم القادر على تحقيق أهدافه ، بمعنى أنه بمكوناته المختلفة ، وبالوظائف التي يشملها ، يستطيع أن يسير قدما نحو تحقيق أهدافه في الوقت المناسب وبالتكلفة الملائمة ، فاذا كانت طرق الاتصال وحدود السلطات والمسئوليات وحجم ونوع الاختصاصات للوظائف القائمة بالتنظيم تسير سيرا طبيعيا يوفر المقومات الحيوية للهيكل التنظيمي ، فان ذلك يؤدي الى انجاز العمل بالطريقة الصحيحة ، وفي الوقت الملائم وبالتكلفة المناسبة ، أما إذا كانت الوظائف متداخلة في الاختصاص ، ومتنازعة في السلطات ، أدى ذلك الى حدوث ارتباك وصراع وتسيب وعرقلة لتدفق العمل ، فالتنظيم السليم هو الذي يساعد على رفع الكفاية الانتاجية بما يتجه للإدارة من ممارسة دورها والعمل على استغلال الموارد المتاحة أفضل استغلال .

العلاقات الطيبة والتعاون مع القوى العاملة :

فالنظرة الى الكفاية الانتاجية ارتكازا على العنصر البشري العامل في الانتاج تؤكد أن نوع الادارة وكفاءة القيادة واتجاهات العمال وميولهم واهتمامهم وولاءهم تمثل عناصر هامة يتعين دراستها وتحليلها لمعرفة وتحديد مدى تأثيرها على الانتاج ، وتكمن الصعوبة في زيادة الكفاية الانتاجية في كيفية استخدام أقصى طاقات العنصر البشري الفنية والعلمية والعملية والسلوكية ، ومن ثم فان العمل على رفع الروح المعنوية للعاملين وربطها بالانتاجية يمثلان احدى الوسائل الايجابية لتحقيق زيادة ونمو الكفاية الانتاجية خصوصا وأن للعمال في تحسين الكفاية الانتاجية دورا رئيسيا ، فاقتراحات الاستخدام الأمثل لعناصر الانتاج وتطوير الآلات والمعدات أو ادخال تحسينات عليها تزيد من كفاءتها أو تصنيع قطع غيار لها بأفضل وأقل تكلفة ، انما يأتي من جانب العمال ، لأنهم بحكم موقعهم في الصفوف الأولى للانتاج ، وحاجتهم ومصاحبتهم للآلات والمعدات تجعلهم أقدر على تحقيق امكانات التنفيذ ، وعلى تفهم مشكلات الانتاج ، وتقديم المقترحات الفعالة لحل هذه المشكلات .

حسن تخطيط المصنع :

فالتخطيط الجيد للمعدات والماكينات وتقريب المسافات التي تقطعها المنتجات والخامات داخل المصنع أثناء التشغيل يشكل أهمية بالغة في زيادة الانتاج وتوفير الوقت والجهد الضائع في النقل وتقليل الحوادث والاصابات ، وذلك بجانب التجهيز الآلي للآلات والادوات المستخدمة في المصنع ومدى صلاحيتها للعمل وتمشيها مع التطور التكنولوجي .

دراسة طرق العمل وأساليبه :

يهدف الوقوف على مشكلات الانتاج والتقليل من اهدار الوقت والجهد وذلك بتحليل طرق العمل وخطواته وتبسيطها وتنظيم مكان العمل وتهيئته واستعمال العمال للحركات البسيطة لليدين والارجل دون ارهاق .

التحكم في تكاليف الانتاج :

بتطبيق نظم التكاليف التي تعمل على التحكم في تكلفة المنتجات وضبطها عن طريق تحديد تكلفة المنتجات النمطية ومراقبة تكلفة كل عملية انتاجية وتقصي أسباب انحرافها عن التكلفة النمطية .

تخطيط ومراقبة الانتاج وجودته :

يهدف استغلال كافة الامكانات المتاحة بأقصى كفاءة ممكنة على زيادة الانتاج ورفع مستوى جودته بتقليل التالف من المنتجات ومراقبة مطابقتها للمواصفات المطلوبة سواء في أثناء مراحل التشغيل أو كمنتجات نهائية مع الحرص على عدم تراكم الخامات بالمصنع .

تخفيض الفاقد :

الفاقد نوعان نوع تفرضه طبيعة العمل وظروفه كالفاقد فى المواد الخام أثناء الشحن والتفريغ والتخزين والوقت الضائع فى تنقلات العمال أو تعطل الالات واصلاحها ، وهذا النوع يمكن الحد منه ، ونوع ثان ينشأ عن عمد أو اهمال أو سوء فى التنظيم أو الادارة وهذا يمكن التغلب عليه بتصحيح الاجراءات وادخال التعديلات والتحسينات اللازمة على الاداء والوقت والتكلفة أثناء مراحل الانتاج المختلفة .

توفير سبل الأمن الصناعى :

يعمل على تجنب الاخطار داخل المنشأة والحفاظ على الايدى العاملة من الحوادث والاصابات والامراض بما ينعكس أثره على العاملين وانتاجيتهم .

اختيار أفضل البدائل وتطبيقه فى الوقت المناسب :

عن طريق التخطيط والتنسيق والمتابعة والتوجيه السليم وتقييم الجهود لتحقيق الأهداف المرسومة فنجاح أى عمل انتاجى أو خدمى يتوقف على كفاءة الادارة وقدرتها على التفاعل مع عناصر الانتاج الأخرى وتسييرها على أفضل وجه ممكن .

٥) المناخ السياسى والقيم الدينية والخلقية :

اذ ان الاستقرار السياسى ، والديمقراطى ، وتأصيل القيم الدينية والخلقية ، ذات أثر فعال فى الاجادة والاتقان .

٦) المستوى الثقافى والصحى للعمال :

هو أمر يتوقف على الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية التى تقدمها الدولة للمواطنين ، مع أخذ ماتقدمه ادارة الوحدة من خدمات تكميلية فى الاعتبار بجانب الخدمات التى تشارك بها نقابات العمال ، وعلى الأخص خدمات الثقافة العمالية والاسكان العمالى ويجدر التنبيه بوجه خاص الى أهمية القضاء على الامراض المتوطنة مثل البلهارسيا والانكلستوما التى تنتقص من قدرات ملايين الافراد الطبيعية وكفاءتهم الانتاجية .

٧) الحوافز :

سواء كانت معنوية أو مادية ، لاسيما التى تمنح للعامل فى اطار ربط الأجر بالانتاج .

وهنالك عوامل تعمل على خفض الانتاجية من أهمها :

- تصميم المنتج بطريقة لاتسمح باستخدام اساليب أو طرق انتاج مبسطة ويظهر ذلك فى الصناعات الهندسية خاصة فى حالة الانتاج الكبير .
- كثرة تنوع المنتجات والافتقار الى التنميط فى الوحدات المنتجة ، وتنميط اجزائها لامكان تبادلها بين المنتجات المختلفة .
- عدم وضع مستويات جودة مناسبة إما بالتغالى فيها أو بالتغاضى عنها ، وفى كلتا الحالتين يزداد وقت التشغيل .
- تصميم بعض اجزاء المنتج بما يتطلب استهلاك كمية كبيرة من المواد الخام مما يؤدى إلى الزيادة فى الوقت المستغرق لاتمام العملية فضلا عن الفقد فى المواد .
- استخدام ماكينة من نوع وسعة لايتناسبان مع عملية الانتاج .
- الخطأ فى طريقة التشغيل كالخطأ فى درجات الحرارة أو كثافة المحاليل أو فى أمور أخرى تتحكم فى هذه الطريقة .
- تعدد المنتجات وبالتالى تعدد العمليات مما لايعطى فرصا للعمال لاكتساب المهارات المطلوبة أو اجادة أى عملية .
- اهمال العامل الذى يتسبب فى استخدام خامات أو مواد أكثر من اللازم .
- استخدام عمال بمستوى مهارة لا يتمشى مع عملية الانتاج المطلوب تنفيذها .

الكفاية الانتاجية والخطة الخمسية الحالية :

تركز استراتيجية الخطة الخمسية الحالية ٨٢/ ١٩٨٣ – ٨٦ /١٩٨٧ فى أحد أبعادها الرئيسية على زيادة الانتاجية للموارد المستغلة حاليا حتى تسهم مع الموارد الاضافية فى تحقيق الأهداف الكلية

للانتاج ، سواء كان انتاجا سلعيا أو انتاجا خدميا .

وتتضح كفاءة استخدام مستلزمات الانتاج من انخفاض المعامل الفنى للإنتاج بين بداية الخطة الخمسية ونهايتها ، أى انخفاض حجم المستلزمات المطلوبة لتحقيق وحدة واحدة من الانتاج و من ثم زيادة المستلزمات الكلية بدرجة أقل من زيادة حجم الانتاج الكلى .

ويتبين من الجداول (١) ، (٢) . (٣) ، (٤) ، (٥) ، (٦) أن الخطة الخمسية تستهدف زيادة فاعلية المستلزمات بحيث ينخفض المعامل الفنى للانتاج من نحو ٤٢.٦٪ فى عام ٨١ / ١٩٨٢ الى نحو ٤٢.٤ ٪ فى عام ٨٦/ ١٩٨٧

ويبدو التحسن فى المعامل الفنى للانتاج واضحا فى قطاعات الخدمات الانتاجية لانخفاض المعامل بنحو -١٫٪ يليها قطاعات الخدمات الاجتماعية التى ينخفض فيها المعامل بنحو ٤٫٪ ثم قطاعات الانتاج السلعى حيث يستهدف أن ينخفض فيها المعامل بنحو ٢٫٪ .

وتأتى فى مقدمة القطاعات السلعية التى ترتفع فيها كفاءة استخدام مستلزمات الانتاج وبالتالى ترتفع فيها الكفاية الانتاجية - كل من قطاعى : الزراعة والصناعة كما تستهدف الخطة زيادة الكفاية الانتاجية فى قطاعى : النقل والمواصلات والسياحة من بين قطاعات الخدمات الانتاجية وتأتى قطاعات الخدمات الحكومية والمرافق العامة فى مقدمة قطاعات الخدمات الإنتاجية التى تستهدف زيادة كفاءة مستلزماتها وبالتالى زيادة الكفاية الانتاجية بها .

وقد اهتمت الخطة الخمسية بالعمل على رفع كفاءة التشغيل فى مواقع الانتاج وتحسين ظروفه والارتفاع بمستوى التدريب والعمل على الوصول بالطاقات المستخدمة الى حدودها القصوى ، والحرص على تشغيل الطاقات العاطلة وذلك باتاحة فرص عمل جديدة للمواطنين حيث تهدف الى توفير حوالى (٢.١) مليون فرصة عمل جديدة كى تتمشى مع الزيادة المرتقبة فى عدد السكان والتى تبلغ حوالى ٢٥٪ تقريبا ، وبذلك يرتفع عدد المشتغلين فى الأنشطة الاقتصادية فى نهاية الخطة الى ١٣.٨ مليون مشتغل مقابل (١١.٧) مليون مشتغل فى السنة السابقة على الخطة .

التوصيات

أبرزت الدراسة السابقة ودار حولها من مناقشات العديد من الاتجاهات والاعتبارات من أهمها :

- تتعدد العوامل المؤثرة فى الكفاية الانتاجية ، بحيث تمثل نظاما متكاملا ومن ثم لا يجب النظر اليها منفصلة ، حيث ان أى تطور فى أحد العوامل يؤدى الى تطور فى العوامل الأخرى ، وفى مستوى الكفاية الانتاجية ذاتها .

- أهمية تعاون كل من الدولة والادارة والعمال وتنسيق جهودهم لدعم طاقة الانتاج ورفع مستوى كفايته .

- وجوب التوازن ، عند اختيار مشروعات الخطة ، بين المشروعات المكثفة لرأس المال والتى تعتمد على قلة من العمالة الفنية المتعلمة المتخصصة ، وبين المشروعات المكثفة للعمالة التى تحقق حجما أكبر من فرص العمل .

- أهمية معالجة الفاقد من الموارد البشرية بسبب بقاء الخريجين بلا عمل لفترات طويلة تمتد الى ثلاث أو اربع سنوات ، يتعرضون خلالها لنسيان ما تعلموه .

- بناء محتوى ومضمون البرامج التدريبية فى الخدمة على الواقع الميدانى (نواحى العجز والقصور فى خبرات العمالة) وعلى امكانات الميدان ، مع تحاشى النقل ، بدون تصرف ، من الخارج أو الاعتماد على الدراسات النظرية .

- ضرورة تقنين مستويات الكفاية الفنية والانتاجية ، وذلك بوضع سلم متدرج بما يؤدى الى ضبط التقويم ، وأن تقوم كل شركة بعمل معايير الكفاية الانتاجية الخاصة بها .

- ان الحلول طويلة الأمد لإعداد القوى العاملة المدربة قد لا تفى بالاحتياجات الملحة للتنمية ، والأجدى من ذلك اتخاذ سياسات تدريبية

قصيرة المدى تلائم الاحتياجات الفعلية للتنمية يمكن تنفيذها كل خمس سنوات مثلا ، كحل جذرى لتنشئة جيل من الفنيين والعمال المهرة الذين تحتاجهم البلاد . ولعل فى تجربة شركة النصر لصناعة التليفزيون باستخدام عاملات من حملة الثانوية العامة – بعد تدريبهن لمدد قصيـــرة – مثلا يمكن أن يحتذى به .

– أن لارتباط التعليم المهنى بالتعليم العام دورا ايجابيا ، حيث انه يسهل العملية التدريبية ويختصر مدتها الى حد بعيد .

– استخدام التليفزيون فى العملية التعليمية ، ولعل فى تنشئة جيل كامل من العمال الفنيين لاصلاح التليفزيون ، باستخدام التليفزيون نفسه كأداة تعليمية ، يعطى مثلا يمكن الاهتداء به .

– أهمية ترشيد الاستيراد باعتبار انه عامل مؤثر فى رفع الكفاية الانتاجية .

– تنشيط دور البحث العلمى فى رفع الكفاية الانتاجية وتكثيف استخدام الاساليب العلمية الحديثة فى مواقع الانتاج والخدمات – مع الاخذ فى الاعتبار المعايير الخاصة بمنع تلوث البيئة – ونقل نتائج الابحاث الى مواقع الانتاج لتطبيقها وتعديل القوانين الحالية التى تحكم القطاع العام بحيث تسمح باجراء التطبيقات العملية للابحاث لتحسين اقتصاديات الانتاج والخدمات .

– تطوير التعليم الفنى بحيث يكثف التدريب العملى كلما انتقل الطالب الى السنوات الأعلى ، كى يألف العمل اليدوى ويتأقلم مع البيئة الصناعية .

– الاهتمام بالتدريب التحويلى واعادة تدريب العمال على حرف أخرى ، اذ أن سوء استخدام القوى العاملة حاليا ، ينتج عنه عمالة عاطلة مقنعة معوقة للانتاج ، ويمكن النظر فى اجراء تعديل تشريعى يجيز تحويل العامل الى مهنة أو حرفة أو وظيفة أخرى وفق مقتضيات الأحوال ، اذ ان ذلك أمر لا تجيزه القوانين الحالية .

وعلى ضوء ما سبق يوصى بما يلى :

أولا : على مستوى المنشأة :

* مراعاة أن يضمن الاستخدام الامثل كافة الموارد المتاحة بما فيها الاستغلال الكامل لوقت العاملين .

* تطوير الهياكل التنظيمية والوظيفية للوحدات الانتاجية مع تطبيق التكنولوجيا الحديثة فى الانتاج بهدف استخدام الموارد البشرية الاستخدام الامثل لتحقيق معدلات انتاج مرتفعة كما وكيفا وذلك عن طريق :

– مراجعة الهياكل التنظيمية بصفة دورية بغرض ادخال التعديلات اللازمة التى تعمل على تحقيق الأهداف المرسومة .

– مراجعة توصيف الوظائف والمهن المختلفة وتعديلها دوريا ، بما يتمشى مع واقع ومتطلبات العمل ووضع الشروط الخاصة بشغلها .

– دراسة طرق العمل وأساليبه وإعداد معدلات أداء مناسبة وفق الاعتبارات الاقتصادية التى تحكم نشاط كل وحدة وفى ضوء التطوير التكنولوجى المتاح لها ، بهدف تنظيمه وترشيد خطواته لتحقيق أقصى انتاج بأقل جهد وتكلفة .

* تدريب العمال باستمرار لتحقيق أقصى استفادة من التطورات التكنولوجية التى تدخلها الوحدة فى طرق العمل ووسائل الانتاج .

* العمل على تهيئة واستقرار العلاقات الطيبة بين العمال والادارة عن طريق نظم وأجهزة التشاور والمشاركة فى الادارة وحسن معاملة العمال وتيسير الخدمات الصحية والترفيهية لهم ، الأمر الذى يساعد على تجاوب العمال مع الادارة فى تنفيذ وسائل الترشيد ورفع مستوى الكفاية الانتاجية بل ويشجعهم على الابتكار والاسهام فى تطوير هذه الوسائل .

* الاهتمام بادارات البحوث ومدها بعناصر بشرية عالية التعليم والتأهيل والتدريب تكون قادرة على تطوير المنتجات وفق التقدم التكنولوجى لمواجهة الرغبات المتغيرة للمستهلكين واشباعها .

* الاهتمام بادارات التسويق بالوحدات الانتاجية وخاصة فى القطاع العام ومدها بعناصر بشرية عالية الكفاءة تكون قادرة على دراسة السوق والتعرف على رغبات المستهلكين وآرائهم فى السلع المنتجة لتطويرها وفق هذه الرغبات ، مما يؤدى فى النهاية الى زيادة الطلب عليها ورفع كفايتها انتاجيا .

* الاهتمام بوحدات الكفاية الانتاجية وادخالها ضمن الهياكل التنظيمية للوحدات الاقتصادية مثل : مراقبة جودة الانتاج ، الصيانة

الوقائية ، التكاليف الصناعية ، الامن الصناعى .

ثانيا : على مستوى المنظمات العمالية :

* العمل على رفع المستوى الثقافى والفنى لأعضائها لاعدادهم للاشتراك البناء فى اللجان والمجالس المختلفة ، بجانب توعية أعضائها للتعاون مع ادارات الوحدات الاقتصادية من منطلق أن وسائل رفع الكفاية الانتاجية الموضوعة لزيادة الانتاج هى فى صالح العامل والمستهلك والدولة معا .

* إسهام المنظمات العمالية بدور أكثر فاعلية مع الأجهزة المعنية بالتدريب لتوجيه برامجه بغرض رفع كفاية العاملين وتطوير مهارتهم ومعلوماتهم .

* بحث أمكان عدم مزاولة المهنة الا بعد الوصول الى مستوى معين من المهارة والمعرفة .

ثالثا : على المستوى القومى :

* توجيه خطط التنمية الى انتاج السلع والخدمات التى تلائم احتياجات المواطنين ، مع ضرورة ترشيد الاستهلاك ، واعطاء الأولوية للخطط الخاصة بانتاج السلع القابلة للتصدير بحيث تساهم فى اصلاح الخلل بميزان المدفوعات .

* توجيه الاستثمارات المتاحة بطريقة صحيحة لتنفيذ خطط التنميـــة ، وذلك بمراعاة الاستخدام الأمثل والكامل لقوة العمل ، خاصة من العمالة النسائية .

* اعداد الخطة القومية للتعليم على أساس احتياجات سوق العمل الفعلية من المهن والتخصصات المختلفة وفق خطط التنمية طويلة الاجل التى تقوم الدولة بتنفيذها ، بحيث لا يوجد فى النهاية فائض أو عجز فى الخريجين وذلك من خلال :

– ربط التعليم باحتياجات العمل ، وزيادة الانتاج التى تهدف الى تحقيق خطط التنمية .

– تطوير برامج التعليم فى مختلف المراحل وبخاصة الجامعية لتخريج عمالة مؤهلة .

– الاهتمام بدراسة احتياجات الصناعات المختلفة من المهن التخصصية ، لتعويض التسرب فى العمالة غير المؤهلة بمستويات تعليمية أفضل ، وعلى الأخص فى الصناعات ذات الأهداف القومية .

– تطوير نظم التعليم الفنى بما يحقق توفير العامل الماهر المزود بالعلوم والمهارات التى تمكنه من مسايرة التطور المطرد ، مع العمل على ايجاد مستويات واختبارات مهارة قومية معترف بها تتخذ أساسا فى تقدير الأجر المناسب لمستوى المهارة .

ويساعد فى تحقيق ذلك وضع نظام تكون فيه المدارس الثانوية الفنية وحدات انتاجية تتنوع فيها البرامج والخطط ومدد الدراسة لتغطية كافة الاحتياجات ، وذلك للافادة من الطاقات الآلية والبشرية لهذه المدارس ، بجانب تدريب الطلاب ورفع مستواهم المهنى ، وزيادة دخول المعلمين والطلاب من خلال نظام جيد للحوافز من حصيلة انتاج هذه المدارس لجذب الطلبة للالتحاق بها .

– التوسع فى التعليم الفنى والمهنى بأنواعه المختلفة مع العمل على رفع مستواه وتزويده بأحدث الامكانات والربط بقدر الامكان بينه وبين البيئة الواقعية للعمل ، وذلك باستخدام الطريقة المزدوجة التى يتم فيها التعليم النظرى فى فصول المدرسة المهنية والتدريب فى المصانع والحقول والفنادق والمؤسسات الانتاجية المختلفة بناء على اتفاق خاص مع اداراتها .

ومن مزايا هذه الطريقة انها تساعد على استيعاب ضعف العدد من الطلاب بتقسيمهم الى مجموعتين تتبادلان الافادة بالتناوب من فصول الدراسة وأماكن التدريب فى مواقع العمل ، مما يساعد على تخفيض تكلفة التعليم .

– التنسيق بين أنواع التدريب فى المدارس المهنية وفى مراكز التدريب المهنى والتدريب بالممارسة بحيث يتخصص كل منها فى نوع من المهن الأكثر ملاءمة له .

– تطبيق مبادئ التوجيه المهنى فى مراحل التعليم الأولى وذلك لضمان توجيه الطلاب لمجالات التعليم التى تناسبهم أو الى التدريب على الاعمال التى تتناسب مع استعداداتهم الطبيعية وميولهم الخاصة ، مع توجيه اهتمام خاص الى طرق التعليم الحديثة التى تساعد على اكتشاف هذه الاستعدادات وتنميتها وتربط فى ذهن الطالب بين مواد الدراسة التى يتلقاها متفرقة وتساعده على استخدام حصيلتها فى

مواجهة مشكلات الحياة العملية ، كما أنها تأخذ الفروق الفردية بين الطلاب فى الاعتبار ، ويتطلب هذا :

× إعداد المدرسين المكلفين بتطبيقها .

× تهيئة الامكانات اللازمة من مبانى المدارس وادواتها .

× تطوير نظم الامتحانات بحيث لا يكون الامتحان مجرد قياس لاستيعاب الذاكرة وانما يركز على قياس القدرة على التفكير والافادة من حصيلة المعرفة فى مجال التطبيق .

× الاهتمام بالتدريبات العملية والاسراع فى تعميم الأخذ بنظم التعليم الاساسى .

* وضع خطة قومية للتدريب باعتباره من أهم عوامل رفع الانتاجية المصاحبة للفرد طوال عمره الانتاجى ، وبه يتم تجديد المعلومات التى اكتسبت خلال فترة الدراسة ، فضلا عن أنه ينمى المهارات ويطورها ، وبه يمكن تحقيق أفضل استثمار للقوى البشرية وتحويل التضخم السكانى الى ثروة قومية اقتصادية منتجة محليا وخارجيا ، وأن تراعى هذه الخطة تغطية ما يلى :

– برامج تدريب الادارة العليا والوسطى ، مع ربط هذه البرامج بالاحتياجات التدريبية الحقيقية على مستوى المجموعات والافراد حتى تتحقق كفاءة برامج التدريب .

– التدريب المستمر لفئات العمال بهدف رفع مهاراتهم .

– التنسيق بين مجالات التدريب المهنى ، فيركز التعليم الفنى على الحرف والمهارات المعقدة أو الدقيقة التى تتطلب تجهيزا مرتفع التكلفة فى مراكز التدريب التابعة لبعض الوزارات مثل وزارة الاسكان ، أو التابعة لبعض المنشآت الكبرى مثل مركز تدريب الهيئة العامة للسكك الحديدية ، والمعهد التكنولوجى لشركة كيما . ويمكن المزج بين النظامين بالتعاقد بين المدارس الفنية والمنشآت القريبة منها على ممارسة التدريب فيها ، ويقتصر دور المدرسة على الدراسة النظرية والتدريبات البسيطة أو التمهيدية .

– التوسع فى مراكز التدريب التابعة للقوات المسلحة ودعمها بحيث يتضاعف الدور البناء الذى تؤديه هذه المراكز فى تزويد سوق العمالة بالمهارات الفنية اللازمة .

– انشاء صندوق قومى للتدريب يتم تمويله من مساهمة الوحدات الانتاجية المختلفة ومن القروض والمنح التى تتاح له ، علاوة على ما يخصص له فى ميزانية الدولة من اعتمادات مالية ، وعلى أن يقوم هذا الصندوق بالمهمة التدريبية نيابة عن الوحدات الانتاجية التى لا تمارس أى نشاط تدريبى ، لقاء رسم يتفق عليه .

– انشاء بناء للمعلومات يتولى جمع كافة البيانات والاحصاءات المتعلقة بالتدريب وتبويبها وتخزينها للافادة منها فى إعداد برامج التدريب المختلفة .

– إعداد برامج التدريب التحويلى للعمالة الزائدة بالحكومة والقطاع العام لتحويلها الى عمالة منتجة ، ويمكن النظر فى اجراء تعديل تشريعى يجيز تحويل العامل الى مهنة أو حرفة أو وظيفة أخرى وفق مقتضيات الاحوال ، اذ ان ذلك أمر لا تتيحه القوانين الحالية .

* تنشيط البحث العلمى وتوجيهه الى أهداف اقتصادية محددة تضمن التوصل الى تكنولوجيات جديدة تنعكس على العمليات الانتاجية مباشرة ، بما يؤدى الى رفع طاقاتها وتحسين نوعية منتجاتها وتطويرها وخفض تكاليف انتاجها .

* اعطاء أولوية لرفع الكفاية الانتاجية لقطاع الزراعة بالتركيز على نشر الميكنة الزراعية .

* ضرورة استمرار الاهتمام بصناعة الغزل والنسيج التى ما زالت ركيزة النشاط الصناعى فى البلاد .

* زيادة الاهتمام بالصناعات الهندسية التى تتميز بارتفاع مستويات الانتاجية والكثافة العمالية العالية ، الى جانب خضوعها للتطور التكنولوجى السريع الذى يعتمد على تكثيف العمالة المتعلمة والفنية واستخدام نسبة عالية من الجامعيين المتخصصين .

* اعادة النظر فى اسلوب توزيع الخريجين لضمان توجيههم الى الاعمال المناسبة لتخصصاتهم وتلافى فترة انتظارهم للتعيين (تتراوح حاليا من ثلاث الى أربع سنوات) والتى تعتبر فاقدا فى الموارد البشرية بسبب بقائهم بلا عمل طوال هذه الفترة ، بما يؤدى الى التنسيق بين وزارة القوى وباقى الوزارات على أساس علمى يكفل تخطيط القوى العاملة وتحديد الاحتياجات قبل تنفيذ سياسة توزيع الخريجين ، مع النظر فى وضع حد أقصى يتم الالتزام به مقدما لتطبيق هذه السياسة .

جدول رقم (١)

الانتاج لاجمالى السنتين الاولى والخامسة من الخطة الخمسية

مقارنة بسنة الاساس ١٩٨٢/٨١

(بالمليون جنيه وبأسعار عام ١٩٨٢/٨١)

القطاعات الاقتصادية	المتوقع تحقيقه	المستهدف فى عام		معدل النمو السنوى ٪		الهيكل		
	٨٢/٨١	٨٣ / ٨٢	٨٧/٨٦	٨٣/٨٢ ـــ ٨٢/٨١	٨٧/٨٦ ـــ ٨٢/٨١	٨٢/٨١	٨٣/٨٢	٨٧/٨٦
الزراعة	٥٤٦٥,٥	٥٦١٠,١	٦٤٣٤,٣	٢,٦	٣,٣	١٦,٠	١٥,٢	١٢,٨
الصناعة والتعدين	٩٤٩٤,٠	١٠٢٨٥,٩	١٤٩٤٤,٣	٨,٣	٩,٥	٢٧,٧	٢٧,٨	٢٩,٨
البترول ومنتجاته	٣٧٥٣,٧	٤٤٨٩,٢	٦٦١٢,٨	١٩,٦	١٢,٠	١١,٠	١٢,١	١٣,٢
الكهرباء	٢٠٢,٣	٢٢٠,٨	٣٤٠,٤	٩,١	١١,٠	٠,٦	٠,٦	٠,٧
التشييد والبناء	٢١٦,٠	٢٣٣١,٥	٣١٥٥,٠	٧,٩	٧,٩	٦,٣	٦,٣	٦,٣
مجموع القطاعات السلعية	٢١٠٧٥,٥	٢٢٩٣٣,٥	٣١٤٩٦,٨	٣٨,٨	٨,٤	٦١,٦	٦٢,٠	٦٢,٨
النقل والتخزين والمواصلات	١٤٦٢,٨	١٥٥٣,٠	٢١٧٠,٣	٦,٢	٨,٢	٤,٢	٤,٢	٤,٣
قناة السويس	٧١٤,٨	٧٤٢,٥	٩٧٥,٠	٣,٩	٥,٣	٢,١	٢,٠	١,٨
التجارة	٤١٦٧,٠	٤٤٣١,٠	٥٧٥,٥	٦,٣	٦,٧	١٢,٢	١٢,٠	١١,٥
المال	١١٢٨,٠	١١٨٠,٠	١٥٦٠,٠	٤,٦	٦,٧	٣,٣	٣,٢	٣,١
التأمين	٨٥,٠	٩٢,٣	١٢١٢	٨,٦	٧,٤	٠,٢	٠,٣	٠,٢
المطاعم والفنادق	٥٠٠,٠	٥٢٠,٠	٦٧٣,٥	٤,٠	٦,١	١,٥	١,٤	١,٤
مجموع قطاعات الخدمات الإنتاجية	٨٠٥٧,٦	٢٥١٨,٨	١١٢٠٠,٠	٥,٧	٦,٨	٢٣,٥	٢٣,١	٢٢,٣
ملكية العقارات	٣٩٦,٣	٤٤٠,٨	٥٩٦,٤	١١,٢	٨,٥	١,٢	١,٢	١,٢
المرافق العامة	٦٦,٠	٧٣,٠	١٢٢,٠	١٠,٦	١٣,١	٠,٢	٠,٢	٠,٢
خدمات اجتماعية وشخصية	١٠٣٢,٢	١١٠٣,٠	١٤٧١,٣	٦,٩	٧,٣	٣,٠	٣,٠	٢,٩
التأمينات الاجتماعية	٣٦,٠	٣٩,٠	٥٢,٢	٨,٣	٧,٧	٠,١	٠,١	٠,١
الخدمات الحكومية	٣٥٦٢,٠	٣٨٥٧,٧	٥٢٣٩,١	٨,٣	٨,٠	١٠,٤	١٠,٤	١٠,٥
مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية	٥٠٩٢,٥	٥٥١٣,٥	٧٤٨١,٠	٨,٣	٨,٠	١٤,٩	١٤,٩	١٤,٩
الإجمالى العام	٣٤٢٢٥,٦	٣٦٩٦٩,٨	٥٠١٧٧,٨	٨,٠	٨,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

جدول رقم (٢)
الزيادة المستهدفة فى الانتاج الاجمالى للخطة الخمسية
(بالمليون جنيه وبأسعار عام ٨١ / ١٩٨٢)

القطاعات الاقتصادية	الزيادة فى الانتاج	معدل نمو الانتاج ٪		هيكل الانتاج ٨١/٨٢	هيكل الزيادة فى الانتاج
		خلال الخطة	المستوى		
الزراعة	٩٧٣,٨	١٧,٧	٣,٣	١٦,٠	٦,١
الصناعة والتعدين	٥٤٥٥,٣	٥١,٥	٩,٥	٢٧,٧	٣٤,٢
البترول ومنتجاته	٢٨٥٩,١	٧٦,٣	١٢,٠	١١,٠	١٧,٩
الكهرباء	١٣٨,١	٦٨,٣	١١,٠	٠,٦	٠,٩
التشييد والبناء	٩٩٥,٠	٤٦,١	٧,٩	٦,٣	٦,٢
مجموع القطاعات السلعية	١٠٤٢١,٣	٤٩,٤	٨,٤	٦١,٦	٦٥,٣
النقل والمواصلات والتخزين	٧٠٧,٥	٤٨,٤	٨,٢	٤,٢	٤,٤
قناة السويس	٢١٠,٢	٢٩,٤	٥,٣	٢,١	١,٣
التجارة	١٥٨٣,٠	٣٨,٠	٦,٧	١٢,٢	٩,٩
المال	٤٣٢,٠	٣٨,٠	٦,٧	٣,٣	٢,٧
التأمين	٣٦,٢	٤٢,٦	٧,٤	٠,٢	٠,٢
المطاعم والفنادق	١٧٣,٥	٣٤,٨	٦,١	١,٥	١,١
مجموع قطاعات الخدمات الانتاجية	٣١٤٢,٤	٣٩,٠	٦,٨	٢٣,٥	١٩,٧
ملكية العقارات	٢٠٠,١	٥٠,٥	٨,٥	١,٢	١,٣
المرافق العامة	٥٦,٠	١٤,٠	١٣,١	٠,٢	٠,٤
خدمات اجتماعية وشخصية	٤٣٩,١٠	٤٢,٥	٧,٣	٣,٠	٢,٧
التأمينات الاجتماعية	١٦,٢	٤٥,٠	٧,٧	٠,١	٠,١
الخدمات الحكومية	١٦٧٧,١	٤٨,٠	٨,٠	١٠,٤	١٠,٥
مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية	٢٣١٨,٥	٤٢,٥	٧,٦	١٤,٩	١٥,٠
الاجمالى العام	١٥٩٥٢,٣	٤٦,٨	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

جدول رقم (٣)

الانتاج الاجمالى المتوقع بخطة عام ١٩٨٢/٨١ موزعا حسب التصنيف الدولى للنشاط الاقتصادى ووفقا للتصنيف المعتاد بإطار الخطة

(بالمليون جنيه بأسعار ٨١/ ١٩٨٢)

النشاط الاقتصادى حسب التصنيف الدولى	النشاط الاقتصادى حسب التصنيف المعتاد بالخطة																
	الزراعة	الصناعة والتعدين	البترول ومنتجاته	الكهرباء	التشييد والبناء	النقل بالمواصلات والتخزين	قناة السويس	التجارة	المال	التأمين	المطاعم والفنادق	ملكية العقارات	المرافق العامة	الخدمات الاجتماعية والشخصية	التامينات الاجتماعية	الخدمات الحكومية	المجموع
الزراعة وصيد الاسماك	٥٤٦٥,٥	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٤٦٥,٥
استغلال المناجم والمحاجر	–	٦٤,٦	٢٨٣٣,٨٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٨٩٨,٤
الصناعات التحويلية	–	٩٤٢٩,٤	١٩,٩	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٠٣٤٩,٣
الكهرباء والغاز والمياه	–	–	–	٢٠٢,٣	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٣٣٤,٤
التشييد والبناء	–	–	–	–	٢١٠٠,٠	–	–	–	–	–	–	–	٤١,١	–	–	–	٢١٦٠,٠
التجارة والمطاعم والفنادق	–	–	–	–	–		–	٤١٦٧,٠	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٦٦٧,٠
النقل والتخزين										–	٥٠٠	–	–	–	–	–	١٦٤٥,٣
والمواصلات	–	–	–	–	–	١٤٦٢,٨	٧١٤,٨	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٦١٩,١
التمويل والتأمين والعقارات																–	٢٤٣٣٥,٦
وخدمات الاعمال	–	–	–	–	–	–	–	–	١١٢٨,٠	٨٥,٠	–	–	–	–	٢٦	–	
خدمات المجتمع والخدمات																	
الشخصية والاجتماعية	–	–	–	–	–	–	–	–		–	–	–	٢٤,٩	١٠٣٢,٢	–	٣٥٦٢,٠	
المجموع	٥٤٦٥,٥	٩٤٩٤,٠	٣٧٥٣,٧	٢٠٢,٣	٢١٠٠,٠	١٤٦٢,٨	٧١٤,٨	٤١٦٧,٠	١١٢٨,٠	٨٥,٠	٥٠٠,٠	٣٩٦٣,٣	٦٦,٠	١٠٣٢,٢	٣٦	٣٥٦٢,٠	

جداول رقم (٤)

الانتاج الاجمالى المستهدف بخطة ٨٦ / ١٩٨٧ موزعا حسب التصنيف الدولى للنشاط الاقتصادى ووفقا للتصنيف المعتاد باطار الخطة

(بالمليون جنيه بأسعار ٨١ / ١٩٨٢)

النشاط الاقتصادى حسب التصنيف الدقيق	النشاط الاقتصادى حسب التصنيف المعتاد بالخطة																
	الزراعة	الصناعة والتعدين	البترول ومنتجاته	الكهرباء	التشييد والبناء	النقل والمواصلات والتخزين	قناة السويس	التجارة	المال	التأمين	المطاعم والفنادق	ملكية العقارات	المرافق العامة	الخدمات الاجتماعية والشخصية	التأمينات الاجتماعية	الخدمات الحكومية	المجموع الكلى
الزراعة وصيد الاسماك	٦٤٣٩,٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٦٤٣٩,٣
استغلال المناجم والمحاجر	–	١٠٠,٢	٥٤٦٢,١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٥٥٦٢,٣
الصناعات التحويلية	–	١٤٨٤٤٩	١١٥٠,٧	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥٩٩,٨
الكهرباء والغاز والمياه	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٧٥,٩	–	–	–	٤١٦,٣
التشييد والبناء	–	–	–	–	٣٥٥,٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٣١٥٥٠
التجارة والمطاعم والفنادق	–	–	–	–	–	–	–	٥٧٥٠,٠	–	–	٦٧٣,٠	–	–	–	–	–	٦٤٦٣,٥
النقل والتخزين والمواصلات	–	–	–	–	–	٢١٧,٠	٩٢٥,٠	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢٣٣٩,٨
التمويل والتامين والعقارات وخدمات الاعمال	–	–	–	–	–	–	–	–	١٥٦٠	١٢١٢,٢	–	٥٦٩,٤	–	–	٥٢,٢	–	٦٧٥٦,٥
خدمات المجتمع والخدمات الشخصية والاجتماعية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٤٦,١	١٤٧١,٣	–	٥٢٢٩,١	٦٧٥٦,٥
المجموع	٣٤٣٩,٣	١٤٩٤١,٣	٦٦١٢,٨	٣٤٠,٤	٣١٥٥,٠	٢١٧,٣	٩٢٥,٠	٥٧٥,٠	١٥٦٠	١٢١٢,٢	٦٧٣,٥	٥٩٦,٤	١٢٢,٠	١٤٧١,٣	٥٢,٢	٥٢٢٩,١	٥١٧٧,٨

الجدول رقم ٥

الانتاج الاجمالى للقطاع العام المستهدف فى عام ١٩٨٧/٨٦

بالمقارنة بعام ١٩٨٢/٨١ وموزعا على جهات الاسناد

(بالألف جنيه)

جهات الإسنـــــــــــاد	٨٢/٨١	٨٧/٨٦	معدل النمو ٪	المتوسط السنوى ٪
وزارة الزراعة :				
هيئة البنك الرئيسى للتنمية والائتمان الزراعى	٨٠٠	١٣٠٠	٦٢,٥	١٠,٢
الشركات الزراعية	١٩٢٦٩	٣٠٧٣٥	٥٩,٥	٩,٨
شركات الإنتاج الحيوانى	٧٥٩٤٨	١١١٨٨٤	٤٧,٣	٨,١
شركات الإنتاج السمكى	٥٢٢٥٩	٧٠٣٨٣	٣٤,٧	٦,١
وزارة استصلاح الإراضى :				
شركات الاستصلاح	١٥٠٠٠	٢٠٠٠٠	٣٣,٣	٥,٩
شركات الزراعة	١٧٥٠	٢٤٠٣٤	٣٦,٧	٦,٥
وزارة الرى :				
شركات الرى	٨٧٩١٠	١٢١٤٠٠	٣٨,١	٦,٧
وزارة الصناعة والثروة المعدنية :				
شركات الصناعات الغذائية	١٣١١٤٣٠	١٨٠١٢٥٠	٣٧,٤	٦,٦
شركات صناعة الغزل والنسيج والملابس الجاهزة	١٢٦٥٦٤٣	٢٠٦٩٥٠٠	٦٣,٥	١٠,٣
شركات صناعة الخشب	٢٧٤٢٧	٣١٥١٦	٣٦,٨	٦,٥
شركات الورق	١٠١٩٥٧	١٥٨٢٥٥	٥٥,٢	٩,٢
شركات قطاع الصناعات الكيماوية	٣٨٩١٥٩	٦٩٢١٩٤	٩٧,١	١٤,٥
شركات منتجات الخزف والصينى ومنتجاتها	٣٣٤١٠	٧٣٧٣٥	١٢٧,٥	١٧,٩
شركات قطاع الصناعات المعدنية الأساسية ومنتجاتها	٦٢٢٨٥٣	٩٨٢٧٣٩	٥٧,٨	٩,٥
شركات قطاع الصناعات الهندسية والإلكترونية	٦٦٦٩٥٥	٩٣٠٧٩٥	٣٩,٦	٦,٩
شركات قطاع التعدين	٤٠٠٩٠٠	٧١٢٢٩	٦٢,٣	١٠,٢

تابع جدول رقم (٥)

(بالألف جنيه)

جهات الاسناد	٨٢/٨١	٨٧/٨٦	معدل النمو ٪	المتوسط السنوى ٪
وزارة البترول :				
الهيئة العامة للبترول	٣١٤٠٢٠٠	٥٦٥٤٥٠٠	٨٠,٩	١٢,٥
شركات إنتاج البترول	١٣٧١٦٠	١٣٠٠٠٥	(٥,٢)	(١,١)
شركات التكرير والمنتجات البترولية	٧٦٥٢٣	١٣٦٠٣٢	٧٧,٨	١٢,٢
شركات التوزيع	١٢٩٦٥٥	٢٢٣٤٤١	٧٢,٣	١١,٥
شركات النقل	٥٠٩٠٠	١١٤٠٠٠	١٢٣,٩	١٧,٥
وزارة الكهرباء والطاقة				
هيئة كهرباء مصر وشركات التوزيع والوحدات المرتبطة بالشبكة العامة	٢٠٢٣٣٠	٣٤٠٣٦٣	٦٨,٢	١١,٠
شركات المشروعات الكهربائية	٦٧٠٠٠	١٠٠٠٠٠	٤٩,٣	٨,٣
مجموعة شركات المحولات والمنتجات الكهربائية	٧٠٠	١٤٠٠٠	٩٧,٢	١٤,٥
وزارة النقل :				
الهيئات الاقتصادية (السكك الحديدية)	٧٨٥٠٠	١٤١٢٠٠	٧٩,٩	١٢,٥
شركات نقل الركاب	٥٢٣٠٠	٦٨٤٥٥	٣٠,٩	٥,٥
شركات نقل البضائع	٣٤١٠٠	٤٩٨٨٢	٤٦,٣	٧,٩
شركات النقل المائى	١١٦٠٠	١٩٠٠٠	٦٣,٨	١٠,٤
شركات الطرق	١٢٥٠٠٠	١٩٠٠٠٠	٥٢,٠	٨,٧
شركات إصلاح السيارات	٢٤٥٣١	٣٦٠٤٤	٤٦,٩	٨,٠
وزارة المواصلات :				
الهيئة القومية للاتصالات السلكية واللاسلكية	٩٨٦٨٠	١٩٩٠٠٠	١٠١,٧	١٥,١
الهيئة القومية للبريد	١١٩٠٠	١٩٣٠٠	٦٢,٢	١٠,٢
شركات صناعة المعدات التليفونية	١٠١٦٧	١٣٥٥٠	٣٣,٣	٥,٩

(تابع) جدول رقم (٥)

(بالألف جنيه)

جهات الاسناد	٨١–٨٢	٨٦–٨٧	معدل النمو ٪	المتوسط السنوى ٪
وزارة النقل البحرى :				
الهيئات الاقتصادية	٤٣٩٤٥	٦٢٠٠٠	٤١,١	٧,١
شركات التوكيلات الملاحية	١٨١٨٦٠	٢٤٩٤٦٥	٣٧,٢	٦,٥
شركات الشحن والتفريغ والتخزين	٨١٢٤٠	١١٥٥٠٠	٤٧,٢	٧,٣
شركات إصلاح وبناء السفن	١٠٣٤٠	١٥٢٥٠	٤٧,٥	٨,١
شركات التوريدات والأشغال البحرية	١١٥٠٠	١٧٠٠٠	٤٧,٨	٨,١
وزارة التموين والتجارة الداخلية				
شركات مضارب الأرز	٨٠٥٤١	١٠٦٩٢٤	٣٢,٨	٥,٨
شركات المطاحن والمخابز	٢٣٨٧٤٠	٣٤٧٧٣٦	٤٥,٧	٧,٨
شركات صناعة الثلج وتجهيز وتخزين السلع الغذائية	١٣٧٠١٢	٢٦٣٨٥٩	٩٢,٦	١٤,٠
شركات توزيع السلع الغذائية	٤٤٩٧٧	٦٦٦٢٠	٤٨,١	٨,٢
شركات توزيع السلع الاستهلاكية	١٠٢٦١٥	١٨٤١١١	٧٩,٤	١٢,٤
وزارة الاقتصاد والتجارة الخارجية				
شركات التجارة الخارجية	١٣٤٩٣٠	١٨٩٥٢٠	٤٠,٥	٧,٠
شركات القطن	١٦٨٦٢٢	٢٠٨٣٧٤	٢٣,٦	٤,٣
شركات التأمين	٨٥٠٠٠	١١٥٦٠٠	٣٦,٠	٦,٣
شركات القطاع المصرفى	٧٣٣٠٠٠	١٠١٤٠٠٠	٣٨,٣	٦,٧
وزارة الدولة للإسكان				
الهيئة القومية لمياه الصرف الصحى	٦٧٠٠	١٢٥٠٠	٨٦,٦	١٣,٣
شركات الإسكان والتعمير	٣٥٤١٩	٤٩٣٥٠	٣٩,٣	٦,٩
شركات المقاولات	٣٢٧٠٠٠	٤٧٢٠٠٠	٤٤,٣	٧,٦
شركات الأسمنت	١١٢٧٧٢	٣٩٩٢٠٠	٢٥٤,٠	٢٨,٨
شركات مواد البناء ومستلزماته	٧٥١٥٠	٢٠٨٢٠٠	١٧٧,٠	٢٢,٦

تابع جدول رقم (٥)

بالألف جنيه

جهات الإسناد	٨١ / ٨٢	٨٦ / ٨٧	معدل النمو ٪	المتوسط السنوى ٪
وزارة التعمير :				
شركات المقاولات	٧٧٣٠٠٠	١٠٧٤٠٠٠	٣٨,٩	٦,٨
شركات المساكن الجاهزة	٢١٠٠٠	٢٩٠٠٠	٣٨,١	٦,٧
وزارة الصحة :				
شركات صناعة الأدوية والكيماويات	١٥٢٦١٧	٢٥٤٥٠٩	٦٦,٨	١٠,٨
شركات تجارة الأدوية	٣٢٨١٠	٥٢٨٤٠	٦١,٠	١٠,٠
وزارة التربية والتعليم :				
الهيئة الاقتصادية	١٥٠٠٠	٢٢٠٠٠	٤٦,٧	٨,٠
وزارة الدولة للإعلام :				
الوحدات الاقتصادية	٤٧٧٩	٥٥٠٠	١٥,١	٢,٩
وزارة السياحة :				
الوحدات الاقتصادية	٢٧٥٠٠٠	٣٦٩٣٠٠	٣٤,٣	٧,١
وزارة الطيران المدني :				
الوحدات الاقتصادية	٢٦٠٨٠٠	٣٥٠٩٠٠	٣٥,٥	٦,١
وزارة الانتاج الحربى :				
الوحدات الاقتصادية	٣٦٠٥٠٠	٧٢٣٧٨٤	٩٨,٣	١٤,٧
الحكم المحلى :				
الهيئات الاقتصادية	١٠٦٨٠٠	١٥٩٦٠٠	٤٩,٤	٨,٤
شركات تابعة للحكم المحلى	١٠٣٠٠	١١٤٥٥	١١,٢	٢,١
قناة السويس :				
هيئة قناة السويس	٧٠٠٠٠٠	٩٠٠٠٠٠	٢٨,٦	٥,٢
شركات الخدمات	١٤٨٠٠	٢٥٠٠٠	٦٨,٩	١١,١
الشركات الصناعية	٣١٣٠٠	٥٦٤٠٠	٨٠,٢	١٢,٥

جدول (٦)

تقديرات بالمعامل الفنى للانتاج وتطوره خلال الخطة الخمسية بالمقارنة لسنة الاساس ٨١/ ١٩٨٢

(بالمليون جنيه ٨١/ ١٩٨٢)

القطاعات الاقتصادية	الانتاج المحلى			مستلزمات الانتاج			المعامل الفنى للانتاج ٪		
	٨١ / ١٩٨٢	٨٢ / ١٩٨٣	١٩٨٧/٨٦	١٩٨٢/٨١	١٩٨٣/٨٢	٨٦ / ٨٧	٨١ / ٨٢	٨٣/٨٢	٨٧/٨٦
الزراعة	٥٤٦٥٠٠٥	٥٦١٠٠١	٦٤٣٩,٣	١٥٧٤,٠	١٦١٠,١	١٧٧٩,٣	٢٨,٩	٢٨,٧	٢٧,٦
الصناعة والتعدين	٩٤٩٤٠٠	١٠٢٨٥,٩	١٤٩٤٩,٣	٦٨٢٨,٨	٧٣٨,١	١٠٥٨٩,٩	٧١,٩	٧١,٧	٧٠,٨
البترول ومنتجاته	٣٧٥٣,٧	٤٤٨٩,٢	٦٦١٢,٨	٨٠٨,٥	٩٤,٦	١٢٧٢,٩	٢١,٥	٢١,٠	٢٠,٨
الكهرباء	٢٠٢,٣	٢٢٠,٨	٣٤٠,٤	٨٥,٠	٩٤,٠	١٤٥,٨	٤٢,٠	٤٢,٦	٤٢,٨
التشييد والبناء	٢١٦٠,٠	٢٣٣١,٥	٣١٥٥,٠	١٢٢٩,٨	١٣٣٦,٨	١٧٧١,٠	٥٦,٩	٥٦,٩	٥٦,١
مجموع القطاعات السلعية	٢١٠٧٥,٥	٢٢٩٣٧,٥	٣١٤٩٦,٨	١٠٥٢٦,١	١١٣٥٣,٦	١٥٦٥٩,٩	٤٩,٩	٤٩,٥	٤٩,٧
النقل والتخزين والمواصلات	١٤٦٢,٨	١٥٥٣,٠	٢١٧٠,٣	٦٠٤,٠	٦٣٧,٠	٨٠٧,٠	٤١,٣	٤١,٠	٢٧,٣
قناة السويس	٧١٤,٨	٧٤٢,٥	٩٢٥,٠	٢٣,٣	٢١,٩	٣٦,٠	٣,١	٣,١	٣,٨
التجارة	٤١٦٧٠٠	٤٤٣١,٠	٥٧٥,٠	١٦٥٧,٠	١٧٥٠,٨	٣٣٦٣,٠	٣٩,٨	٣٩,٥	٣٩,٣
المال	١١٢٨٠	١١٨٠,٠	١٥٦,٠	٨٨,٠	٨٣,٠	١٠٥,٠	٧,٠	٧,٠	٦,٧
التأمين	٨٥,٠	٩٢,٣	١٢١,٢	٣٨,٠	٤١,٠	٥٣,٣	٤٤,٨	٤٤,٤	١,١
المطاعم والفنادق	٥٠٠,٠	٥٢٠,٠	٦٧٣,٥	١٦٦,٥	٣١٠,٥	٣٥٠,٢	٥٣,٩	٥٣,٩	٢,٠
مجموع قطاعات الخدمات الانتاجية	٨٠٥٧,٦	٨٥١٨,٨	١١٢٠٠,٠	١٦٧٨,٧	٢٨١٥,٠	٣٦٠٣,٤	٣٣,٣	٣٣,٠	٣٢,٨,٠
ملكية العقارات	٣٩٦,٣	٤٤٠,٨	٥٩٦,٤	٣٩,٧	٣٩,٨	٤٧,٧	١٠,٠	٩,٠	٨,٠
المرافق العامة	٦٦,٠	٧٣,٠	١٢٢,٠	٢٨,٣	٣١,٠	٤٩,٧	٤٣,٩	٤٣,٥	٤٠,٧
خدمات اجتماعية وشخصية	١٠٣٢,٢	١١٠٣,٠	١٤٧١,٣	٢٢٢,٦	٢٣٧,٠	٣٤٤,٥	٢١,٦	٣١,٥	١٦,٦
التأمينات الاجتماعية	٣٦,٠	٣٩,٠	٥٢,٢	١٥,٤	١٦,٧	٢١,٩	٢١,٨	٤٢,٨	٤٢,٠
الخدمات الحكومية	٣٥٦٢,٠	٣٨٥٧٧	٥٢٩,١	١٠٧٦,٠	١١٦١,٧	١٥٣١,٧	٣٠,٢	٣٠,١	٣١,١
مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية	٥٠٩٢,٥	٥٥١٣,٥	٧٤٨١,٠	١٣٨٢,٠	١٤٨٦,٢	١٩٩٥,٥	٢٧,١	٢٧,٠	٢٦,٧
الإجمالى العام	٣٤٢٢٥,٦	٣٦٩٦٩,٨	٥٠١٧٧,٨	١٤٥٨٦,٨	١٥٦٥٣,٨	٢١٢٥٧,٩	٤٢,٦	٤٢,٣	٤٢,٤

سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج

نظرا لأن رفع الانتاجية يستلزم توافر عناصر متعددة ومتداخلة ، فسوف يتناول المجلس هذه العناصر بالدراسة المفصلة التى تنتهى الى توصيات محددة ، يكفل تنفيذها رفع الكفاية الانتاجية ، والنهوض بالاقتصاد القومى ، وتخفيض العجز فى الميزان التجارى .

وفيما يلى دراسة لنظم الأجور والحوافز – والتى تمثل عنصرا مؤثرا فى رفع الانتاجية – بهدف وضع سياسة لها تؤدى الى ربطها بالانتاج المطابق للمواصفات المطلوبة ، وسوف تتم دراسة باقى العوامل تباعا فى هذا الاطار ، فى دورات المجلس القادمة .

الحوافز وربط الاجر بالانتاج

يتفق خبراء الادارة على أهمية الاجور كحافز للعاملين ، ومؤثر قوى على كفاءة أدائهم وانتاجيتهم ،لذلك كان من الضرورى الاهتمام بتحديد الأجور لمختلف الوظائف والأعمال على أسس عادلة وفى بناء متكامل ومتناسق داخل الوحدات المختلفة ، ووفقا لطبيعة كل وظيفة أو مجموعة من الأعمال .

طرق تحديد الأجر وأثرها على الانتاج :

تتعدد طرق احتساب الأجر ، وتوضح الدراسات مدى تأثر كفاءة الأداء للعاملين بطرق تحديد الاجر واحتسابه ، فلكل طريقة منها أثرها على تحفيز العاملين واهتمامهم بالقيام بأعباء وظائفهم .

ويتم تحديد الأجور على مرحلتين :

المرحلة الأولى :

وتشمل تحديد العبء الذى تتحمله كل وظيفة أو كل عمل ومقارنة هذا العبء بأعباء الوظائف والأعمال الأخرى ، وهو مايعرف بتقييم الوظائف الذى يتم بأحد الأساليب الفنية المعروفة لدى خبراء التنظيم والادارة .

المرحلة الثانية :

وتشمل تحويل قيمة الوظيفة الى صورة نقدية ، إما عن طريق الرسوم البيانية ، أو باستخدام المعادلات الرياضية .

وفيما يلى عرض موجز لأهم طرق حساب الأجر :

طريقة حساب الأجر حسب الزمن :

يتم فى هذه الطريقة حساب الأجر بتحديد فئته على اساس وحدة زمنية يقضيها العامل فى العمل ، بحيث يتناسب دخل العامل مع نسبة الوقت الذى يقضيه داخل العمل ، وعلى أساس افتراض أن العامل سيعمل طوال الوقت المتفق عليه بأكبر عناية وكفاءة ممكنة ، مادامت المنشأة تهيىء له ظروف العمل الملائمة .

وتتصف هذه الطريقة بعدد من المزايا ، من أهمها انها تعطى العامل الشعور بالامان والاستقرار ، بجانب أنها تتميز بالسهولة والبساطة فى التطبيق .

وفى الجانب الآخر توجه لهذه الطريقة عدة انتقادات، من أهمها :

– أن كمية الأداء فى ظل طريقة الأجر الزمنى تتوقف على تقدير العامل نفسه ، وعلى رقابة الادارة عليه مما يسـم العمل بالروتينية والبطء .

– أن عمال الأجر الزمنى ينتجون مايعادل ٦٠٪ أو ٧٠٪ من المستوى الذى ينتجه عمال أجر الانتاج ، بسبب عدم الاهتمام بالعمل ، ومايضيع من الوقت فى الثرثرة مع الآخرين ، وفى بعض الأعمال غير المنتجة .

– انها لاتأخذ فى الاعتبار الفروق بين العاملين فلا تشجع العامل الممتاز أو المتفوق فى الاداء .

– يصعب التنبؤ مقدما فى ظلها بتكلفة العمل كعنصر من عناصر

الانتاج فى الوحدات الانتاجية .

– وحدة تكلفة العمل تكون عادة مرتفعة فى الأجور الزمنية ، بالنسبة للأجور عما لوكانت عليه حين تدفع على أساس الانتاج .

– لاتنطوى على أى حافز أو مشجع للعاملين على بذل أقصى جهد لزيادة الاداء ماداموا لن يستفيدوا من أى زيادة يقدمونها فى الانتاج ، ولعلاج ذلك ظهرت طريقتان متطورتان لدفع الاجر بالزمن ، تقتربان من طريقة دفع الأجر بالانتاج ولكنهما لاتعتبران منها ، لأن أساس توحيد فئة الاجر فيهما مايزال وحدة الزمن وليس وحدة الانتاج ، وهاتان الطريقتان هما :

• طريقة الأجر الزمنى المتغير وتقوم على أساس وضع فئتين أو معدلين للأجر أحدهما منخفض والآخر مرتفع ويدفع المعدل المنخفض للعاملين الذين ينتجون الحد الأدنى من الكمية المحددة للإنتاج ويدفع المعدل المرتفع للعاملين الذين يتعدون الحد الأدنى ويزيدون عليه ، ويقدر الخبراء الفرق بين الحدين – ليكون حافزا مناسبا – بما نسبته ٢٥٪ بين المعدلين .

• طريقة الأجر الزمنى بعد قياسه وتعتمد على تقييم كل من الوظيفة والفرد فيدفع لكل فرد معدل أجر للساعة يتكون من جزئين : جزء يمثل ٧٥٪ تقريبا من اجمالى المعدل ويسمى المعدل الاساسى ، ويدفع لجميع العاملين ، ويحدد على اساس عدة عوامل فى الوظيفة مثل المهارة والمسئولية وظروف العمل . أما الجزء الثانى من المعدل ويسمى « المعدل الشخصى » فيتحدد بناء على العوامل التى تتحكم فى درجة كفاءة العامل نفسه مثل مقدار الكمية التى ينتجهـا ودرجة عنايته بالانتاج ، ودرجة اعتماده على نفسه ودرجة المرونة التى يتمتع بها . ويتم تقييم الفرد لتحديد نسبة المعدل الشخصى دوريا على فترات تتراوح بين شهر وثلاثة شهور ، بحيث تتخذ نتيجة التقييم لفترة ما أساسا لتحديد المعدل الشخصى فى الفترة التالية .

ويؤخذ على هاتين الطريقتين انهما تثيران فى التطبيق الادارى بعض المتاعب والصعوبات بسبب تذبذب فئة الأجر بين المعدل العادى والمرتفع أو زيادة ونقصان المعدل الشخصى ، مما يؤدى الى نوع من عدم الاستقرار والأمان لدى العامل بالنسبة لدخله و يسبب له قلقا نفسيا الى درجة قد تلغى العنصر التشجيعى فيهما .

طريقة حساب الأجر بالانتاج :

يحسب الأجر فى هذه الطريقة على اساس وحدة انتاجية فاذا زاد عدد الوحدات الانتاجية ارتفع الأجر ، واذا قل نقص الأجر وبذلك يتحقق التناسب بين أجر العامل ومايقدمه من انتاج .

وتتصف هذه الطريقة بعدد من المزايا الهامة ، منها :

– دفع العاملين الى بذل أقصى طاقة ممكنة لإنتاج الحد الأقصى الذى تمكنهم قدراتهم من انتاجه للحصول على أكبر أجر ممكن ، وهى بذلك تؤكد الفروق الفردية بين العامل الممتاز ذى القدرات العالية وبين العامل العادى والمبتدىء وهذا الأسلوب فى نظر الخبراء أضمن طريقة يمكن استخدامها للحصول على الزيادة السريعة فى الانتاج .

– ينظر اليها العاملون على انها أكثر طرق تحديد الأجر عدالة .

– تنمى العلاقات الحسنة بين الادارة والعاملين فهى بتشجيعها العاملين على زيادة مجهودهم ، تحقق مصلحة مشتركة للعاملين بارتفاع دخولهم وللادارة بانخفاض تكلفة الانتاج .

وفى الجانب الآخر توجه لهذه الطريقة بعض الانتقادات ، من أهمها :

– أن الأثر التشجيعى لهذه الطريقة يتوقف على الروح المعنوية السائدة بين العاملين فاذا كانت منخفضة يخشى الأفراد المتفوقون من تأثير انتاجهم المرتفع على الأفراد متوسطى الكفاءة ويدفعهم الى الحد من الزيادة فى انتاجهم للحفاظ على علاقتهم بزملائهم .

– ما قد يسود بين العاملين من أن الادارة سوف تلجأ الى زيادة معايير الانجاز المطلوبة أو الى خفض معدل الأجور أو الاستغناء عن بعضهم اذا زاد معدل الانتاج .

– قد تدفع بعض العاملين فى ضوء عدم وجود حد أقصى للانتاج الى أرهاق أنفسهم بدرجة كبيرة لزيادة انتاجهم والحصول على أجر أكبر .

– إنها لاتقدر شيخوخة العاملين أو المرضى منهم وبذلك لايأمن الأفراد فى ظلها بسبب الخشية من التقدم فى السن ، أو المرض حيث تتناقص قدراتهم على أداء العمل والسرعة فيه وبالتالى تتأثر دخولهم .

– لاتراعى الظروف الاجتماعية للعاملين أو مايتعرضون له من ظروف قهرية أو عجز عن العمل.

– أن نطاق تطبيق هذه الطريقة محدود ، فالاثر التشجيعى لها على زيادة الجهد لاتسمح به طبيعة بعض الوظائف كتلك التى تحدد الالات فيها الوقت اللازم لانجاز العمل ، أو تلك التى تحدد سرعة الانتاج فيها عوامل تخرج عن ارادة العامل وتحكمه ، وفى وظائف الخدمات اذ يخشى أن يؤدى تطبيقها الى خفض مستوى الخدمة بسبب رغبة الفرد فى انجازها بسرعة لزيادة أجره .

ومع ذلك فان طريقة دفع الأجر بالانتاج تعتبر طريقة فعالة لزيادة الانتاجية بربطها أجر العامل بالمجهود المبذول .

ومن صورهذه الطريقة لتحديد الاجر مايلى :

طريقة حساب الأجر بالقطعة :

وفيها يتم تحديد اجر لكل وحدة من الوحدات المنتجة ويجرى حساب أجر العامل على أساس اجمالى الأجر المحدد لعدد الوحدات المنتجه فى خلال المدة التى تدفع عنها الأجر وهذه الطريقة تتميز ببساطتها وملاءمتها لبعض الأعمال المنمطة مثل أعمال التشييد والبناء ، فيقدر أجر عامل البناء على أساس المتر المكعب أو الألف طوبة التى يتم بناؤها وأجر المبلط على أساس أجر ثابت لكل مترمربع من البلاط الذى يتم تركيبه وأجر عمال الخرسانة على أساس أجر محدد لكل متر مكعب من الخرسانة .

طريقة حساب الأجر بالعمولة :

وفى هذه الطريقة يتم حساب الاجر على أساس رقم الأعمال التى يؤديها العامل ، فمثلا فى حالة عمال البيع يحدد أجر العامل على أساس رقم مبيعاته ، وفى قطاع التأمين يقدر أجر العامل على اساس الصفقات التى يعقدها . وغالبا مايتم الجمع بين نظام الأجر الزمنى والعمولة ، بحيث يحدد أجر العامل على الاساس الزمنى وتضاف اليه عن عمولة كل وحدة مبيعات أو صفقة يعقدها لصالح الوحدة .

وهناك طريقتان لمنح العمولة :

العمولة الجماعية : وتمنح على اساس الجهود المشتركة لعمال المجموعة الواحدة أو القسم الواحد ، ثم تقسيمها على كل منهم على اساس محدد، وتتميز بأنها توفر التكاتف والتعاون بين مجموعة متكاملة من العمال على زيادة الانتاج وعدم وجود الأحقاد بينهم ويؤخذ عليهاأنها قد تخلق بعضا من التكاسل والتواكل على باقى الزملاء فى زيادة رقم الانتاج أو فى اتمام صفقة أو فى خدمة أحد العملاء .

العمولة الفردية : ومن أهم مزاياها ذلك الحافز القوى المباشر للعامل على زيادة نشاطه ومسارعته الى جذب العملاء والاحتفاظ بهم وتكوين صداقات معهم ويؤخذ عليها أنها قد تؤدى بعمال البيع الى التنافس فيما بينهم على جذب العملاء بشكل قد يسىء الى سمعة المنشأة والى اخلاقيات العمال أنفسهم .

وتلجأ بعض شركات التأمين والمنشآت التجارية الى الجمع بين الطريقتين معا للاستفادة من مزاياهما ، ومحاولة التخلص من عيوبهما بقدر الامكان ، وذلك بتقرير عمولة جماعية تمثل نسبة من الصفقات والمبيعات الاجمالية توزع على أساس مرتب كل عامل ، ثم عمولة فردية لمن يزيد رقم أعماله على حد معين ، أو تكملة العمولة الجماعية بحافز آخر ، لمراعاة كمية الانتاج الفردية لكل عامل عند منح العلاوات الدورية أو أى مكافآت تشجيعية أخرى .

ربط الأجر بالانتاج فى نظم العاملين :

تجيز نظم العاملين بالحكومة والقطاع العام تحديد الأجور على أساس الانتاج أو القطعة أو العمولة ، وخولت هذه النظم مجلس ادارة الوحدة الاقتصادية أو السلطة المختصة بالنسبة للعاملين المدنيين بالدولة فى وضع أنظمة العمل بالانتاج أو القطعة أو العمولة بما يحقق الربط بين الأجر والجهد المبذول .

فقد نصت المادة ٤٧ من نظام العاملين بالقطاع العام الصادر بالقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨ على أنه « يجوز لمجلس الادارة وضع نظام

للعمل بالقطعة أو بالانتاج أو بالعمولة ، بحيث يتضمن هذا النظام معدلات الاداء الواجب تحقيقها بالنسبة للعامل أو مجموعة العاملين والأجر المقابل لها وحساب الزيادة فى هذا الاجر عند زيادة الانتاج عن المعدلات المقررة ، وذلك دون التقيد بنهاية الأجر المقرر للوظيفة » .

كما نصت المادة ٤٩ من نظام العاملين المدنيين بالدولة الصادر بالقانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٧٨ على أن « للسلطة المختصة وضع نظام للعمل بالقطعة أو بالانتاج فى الجهات التى يسمح نشاطها بذلك بحيث يتضمن هذا النظام معدلات الأداء الواجب تحقيقها بالنسبة للعامل أو مجموعة العاملين وحساب الزيادة فى الأجر عند زيادة الانتاج عن المعدلات المقررة وذلك دون التقيد بنهاية الأجر المقرر للوظيفة » .

ويطبق هذا النظام فى مصر على مجموعات كبيرة من العاملين بالقطاع العام ، فمعظم شركات الغزل والنسيج تطبق أنظمة تحديد الأجور على أساس الانتاج ، وشركات المقاولات تطبق نظام الاجر بالقطعة ، وشركات التجارة الاستهلاكية وشركات التامين تطبق نظام العمولة .

مشكلات تطبيق نظام ربط الاجر بالانتاج :

يصاحب تطبيق نظام الاجر بالانتاج عدة مشكلات يرجع بعضها الى حداثة النظام والبعض الآخر الى ظروف التطبيق ، واذا لم تعالج هذه المشكلات فور ظهورها فانها تؤدى الى ظهور اضرار تزيد على المزايا التى يحققها النظام . ويتفق الجميع على أن أهم هذه الاضرار يتمثل فى حصول العاملين على زيادة فى الأجر دون أن تصاحبها زيادة حقيقية فى الانتاج .

وقد أجريت دراسة ميدانية عن تطبيق انظمة ربط الاجر بالانتاج فى ٧٥ شركة من شركات القطاع العام وأوضحت الدراسة ما يصاحب تطبيق هذه الأنظمة فى الصناعة المصرية من مشكلات ، أهمها مايلى :

– ضعف ثقة العاملين فى مقدرة الادارة على تطبيق نظام ربط الأجر بالانتاج أو المحافظة على استمراره ، وهى مشكلة تحتل مكان الصدارة بين هذه المشكلات ، ويبدو هذا الامر غريبا لأن العمالة المباشرة فى كثير من المصانع تعمل بالانتاج ومعظم عمال التشييد والبناء يعملون بالانتاج ، ونظام العمولة مازال مطبقا على عمال البيع فى متاجر التجزئة التابعة لشركات القطاع العام وكذلك فى شركات التامين .

– تعذر تدبير الخدمات اللازمة لزيادة الانتاج مع زيادة جهد العامل (مثل انتظام تشغيل الآلات ، وتوافر المستلزمات) .

– ارتفاع التكاليف بسبب عدم دقة معدلات الأداء المحددة .

– وجود ثغرات فى التطبيق بسبب تخلف الأساليب المتبعة فى التنفيذ (تسلط الرؤساء – أخطاء فى تسجيل الانتاج ، تأخر صرف المستحقات – اساءة استخدام المعدات والتجهيزات) .

– انعدام العدالة فى توزيع الزيادة المستحقة بسبب حساب الأنصبة على أساس الاجور الاساسية .

– ارتفاع معدلات العادم أو التالف أو المعيب من الانتاج ، بسبب الرغبة فى زيادة الانتاج حتى وان كانت مواصفاته دون المستوى المطلوب .

– الخشية من فكرة الحوافز الجماعية بسبب احتمالات اساءة الاستخدام لصالح مجموعة من الافراد .

ويعتقد البعض أن الحوافز المطبقة حاليا فى وحدات الانتاج تعتبر كافية لربط الزيادات فى أجور العاملين بما يساهمون به من جهود ، فنظام المشاركة فى الأرباح والمكافآت التشجيعية ، تعتبر أنظمة كافية للمكافأة عن الجهود الاضافية . كذلك يرجع البعض عدم حماس الادارة لتطبيق أنظمة ربط الأجر بالانتاج فى الوحدات التى لايوجد بها هذا النظام الى مايأتى :

– عدم استعداد الدولة لشمول التطبيق وامتداده لرجال الادارة الذين لايجدون أى فائدة متوقعة للحماس طالما أن أجورهم ستظل ثابتة وفى حدود المرتب وبدل التمثيل .

– الخوف من زيادة فى الأجور دون زيادة حقيقية فى الانتاج ، وهو أمر يحدث اذا وضع النظام دون دراسة جادة لظروف التطبيق .

– عدم وجود مقاييس موضوعية وخاصة لجهود العمالة غير المباشرة .

حوافز العمل :

– تتوقف كفاءة اداء الفرد لعمله على عنصرين أساسيين ، وهما :

– المقدرة على العمل ، وتتمثل فى مهارات الفرد وقدراته الشخصية التى ينميها التعليم والتدريب .

– الرغبة فى العمل وتدفعها الحوافز التى تجعل سلوكه فى الاتجاه الذى يحقق أهداف زيادة الانتاج .

والحوافز هى مجموع العوامل التى تهيئها الادارة للعاملين لتحريك جهود الأفراد نحو الأهداف التى يسعى المجتمع الى تحقيقها ، وهى تتمثل فى السعى الى حسن استغلال عوامل الانتاج المختلفة ، وأهمها العامل البشرى ، فهو دعامة الانتاج ، والعنصر الذى لايمكن استعاضته ويستغرق وقتا طويلا فى تنشئته وإعداده ، وتحدد مهارته مدى كفاية المشروع وانتاجيته .

والحصول على نظرة متكاملة عن الموقف الحافز لاتتوقف على تناول الفرد العامل وحده ، والنظريات التى تحكم سلوكه الانسانى ، وانما تمتد أيضا الى جماعة العمل ، والمناخ العام السائد فى هذه الجماعة والضغوط التى تمارسها الجماعة عليه ، والخصائص التى تتسم بها .

والوظيفة التى يؤديها الفرد « بعد ثالث » بالنسبة للموقف الحافز ، فقد اصبح من المسلم به أن هذه الوظيفة ومحتوياتها ، لها أثرها على قوة الحافز لدى الفرد وقدرته على العمل الفعال ، فلكل وظيفة طابعها المميز وتاثيرها على درجة رضاء الفرد عن عمله .

وسائل وأساليب الحوافز :

تتعدد وسائل وأساليب الحوافز التى يمكن للادارة استخدامها للحصول على أقصى كفاءة ممكنة من الاداء الانسانى للافراد ، فقد تكون الحوافز ايجابية أو سلبية ، مادية أو معنوية ، مباشرة أو غير مباشرة ، جماعية أو فردية ، ضرورية أو مساعدة ، اصلية أو بديلة . والمعنى الحقيقى الذى تدل عليه هذه التقسيمات جميعها هو أن حوافز العاملين متعددة ، وأن الرغبة فيها تتفاوت فيما بين العاملين من حيث أهميتها لديهم ، ومن ثم فان على جهة الادارة ان تختار الحافز الذى يمثل الرغبة الملحة والهامة والقصوى لدى العاملين فى وقت معين ، بعد تحديد حاجات العاملين ورغباتهم التى تمثل التأثير على ادائهم وسلوكهم ، لاشباعها بحوافز مناسبة .

والواقع أن تقدير نوع الحوافز الضرورية المناسبة وتجنب الحوافز المتعارضة ، وتوفير طرق اغراء وترغيب مؤثرة وتقرير نوع الحوافز والمرغبات الفعالة والممكنة أمور حساسة ومعقدة ، الى درجة تجعل من المتعذر تقرير نظام محدد سلفا للحوافز قبل تطبيقها ، فضلا عن محاوله تعميمه بالنسبة لجميع الوحدات .

ان الرغبة فى تحقيق مجتمع تسوده الكفاية والعدل ، تعنى تحقيق مجموعة من الأهداف المترابطة للتغيير الاقتصادى والاجتماعى ، والانتاج فى مقدمة العوامل المؤثرة فى الموقف الاقتصادى ، وعند ربط موضوع الانتاج فى مصر بالحوافز ، يتبين انه قد استحدث عدد مناسب منها ،فى مقدمتها : تحديد حد أدنى للاجور ، ومشاركة العمال فى الارباح وتخفيض ساعات العمل وتحديدها ، وادخال التأمنيات بصورها المختلفة ، هذا الى جانب الحوافز المعنوية التى تستهدف الارتقاء بقيمة العامل والاعتراف بقدرته وأهميته ، علاوة على الحوافز التقليدية بصورها العديدة ومن أهمها مايلى :

الحوافز المادية :

وهذه الحوافز تشمل :

– المكافآت المالية

– زيادة الأجور : وقد يأخذها العامل على أساس أنها حق واجب لمقابلة ارتفاع تكاليف المعيشة ، فلا يكون لها تاثير كحافز مالم تقترن مباشرة بعمل ممتاز أداه أو بمجهود غير عادى بذله .

– المشاركة فى الأرباح : ولهذا النظام مزايا يمكن اجمالها فى الآتى :

• ربط المصالح الذاتية للعامل بمصلحة الوحدة التى يعمل بها وبأهدافها وبذلك تنمو لدى العامل مشاعر الولاء للعمل .

• أن يشعر العامل بمشاركته فى ربح شارك فى تحقيقه ، وهذا

يحفزه من جديد على زيادة الانتاج .

– أن العامل الذى يشترك فى الحصول على الربح ، يزداد شغفه بعمله ويتفوق فيه .

– ان العامل لايتحمل اية أعباء اضافية اذا لم تحقق المنشأة ربحا .

والى جانب هذه المزايا تبدو نقاط ضعف فى نظام الاشتراك فى الارباح أهمها مايأتى :

– أن مجهود العامل محدود فى زيادة أرباح المنشأة حيث تتدخل عوامل اخرى هامة ومؤثره فى تحقيق الربح .

وقد يحدث ان يبذل العامل جهدا كبيرا ، ثم يتضح أن المنشأة لم تحقق ربحا يمكن توزيعه عليه .

– مضى فترة طويلة من الوقت بين أداء العمل وبين تسلم الربح ، يؤدى الى شعور العامل بانعدام رابطة السببية بين مجهوده وتحقيق الربح .

– عادة ماتتحول نظرة العامل الى نصيبه فى الارباح على أنه جزء من الاجر ، وفى كثير من المنشآت يأخذ توزيع الارباح صفة الاستمرار ، بحيث يفقد أثره كحافز مادى .

ويمكن الحصول على مزيد من تعاون العاملين وانتاجهم فى ظل نظام هذه الحوافز المادية ، على أن تتناسب هذه الحوافز مع طبيعة العمل ومقدار الجهد المبذول والنتائج التى أمكن الحصول عليها ، وعلى ان يدرس موضوع الحوافز المادية فى كل منشأة أو وحدة على حدة ، وأن تتقرر الحوافز بعد هذه الدراسة التى تأخذ فى اعتبارها طبيعة الاعمال ، ونوع الانتاج ومخاطر العمل ، وأثره فى الاقتصاد القومى ، وأن تتأكد المنشآت ووحدات الانتاج المختلفة من أن تقديم الحوافز المادية ليس عبئا عليها ، وانما تسهم هذه الحوافز ونتائجها فى تحقيق أهداف زيادة الانتاج ، اذ ان الأساس الاقتصادى للحوافز هو ارتباطها بزيادة الانتاج ، فلا يصح منح حافز إلا نظير زيادة الجهد المبذول وما يؤدى إليه هذا الجهد من زيادة الانتاج ، والا أصبح نظام الحوافز وسيلة للتبذير والاسراف ، أو لمجرد زيادة دخول العاملين دون انتاجية ، مع مايؤدى اليه ذلك من تضخم على المستوى القومى .

ونجاح الربط بين الحافز والعائد ، بما يحقق الأساس الاقتصادى للحافز ، يتوقف على أمرين اساسيين :

أولهما : وضع وسائل ومعايير موضوعية لقياس العمل .

ثانيهما : المتابعة والتقييم الدقيق والمستمر لتطبيق نظام الحوافز ، مما يساعد الادارة على أن تكون على بينة من درجة التوافق بين التكلفة والعائد .

على أن حصيلة التجارب والدراسات العلمية قد أسفرت عن أن الحوافز المادية وحدها ليست كافية ، ومالم تساندها أنواع أخرى من الحوافز ، فان آثارها لن تتعدى مجرد اشباع الحاجات البيولوجية لدى الافراد ، ومن ثم تصبح الحوافز المادية ضئيلة الأثر ، بعد حد الاشباع المناسب لهذه الحاجات ولذلك نجد أن كثيرا من العاملين لايسعون الى زيادة العمل أو زيادة الانتاجية للحصول على مكاسب اضافية ويتعذر حفزهم ماديا على الاسهام فى زيادة الانتاج الا بقدر معين من جهودهم .

الحوافز المعنوية :

لقد دلت البحوث على ان الدوافع التى تحكم وضع نظام للحوافز تنقسم الى قسمين :

الاول : يشمل دوافع الامن والاستقرار فى العمل والاطمئنان على المستقبل الوظيفى والعلاقة مع الرؤساء ، وهى اساس يتعذر بدونه النجاح فى حفز العاملين على العمل وعلى زيادة الانتاج وتحسينه ، اذ يتعين أولا اشباع هذه المجموعة من الحاجات لكى يمكن الوصول بالمجموعة الثانية الى أعلى مستوياتها .

الثانى : يتضمن دوافع الانجاز ، وتمثل الحاجة الى الانتاج والتفوق فى الاداء والى التقدير والى الاعتراف بالوجود والأهمية بناء على الانتاج الممتاز . ويبدو أنه تحت ظروف التغيير الاجتماعى السريع ، انصرف الاهتمام ، فى المقام الأول ، الى اشباع حاجات الامن والاستقرار ، وفى كثير من الاحيان بدرجة تتجاوز تحديات حاجات

الانجاز ، ومن الواضح أن الابقاء على الأعداد الزائدة من العمالة عن حاجة العمل ببعض الوحدات والمنشآت ، وسياسة تعيين فائض الخريجين تؤكد هذا الاتجاه . ومن المؤكد أن عدم وجود سياسة لمعدلات الاداء بمعظم الوحدات الانتاجية وعدم وجود سياسة لتقييم العاملين على أساس مثل هذه المعدلات ، كلها عوامل تذكي مشاعر الأمن والاطمئنان المتزايدة لدى العاملين دون أن تمتحن قدراتهم أو توفر الحوافز التى تتحدى امكانات الانتاج لديهم .

والتدريب السليم المجدى يمكن أن يكون فى مقدمة الحوافز من حيث قيمة العلم والمعرفة كعنصر أمن ومصدر ثقة بالنفس ، الى جانب اشباعه لحاجة الفرد للنمو والتقدم الوظيفى واكتساب التجارب الجديدة .

وكذلك تعتبر العلاقات الانسانية الطيبة - التى تقتضى مساهمة الفرد فى أمور المنشأة أو الوحدة التى تهمه ، وفى اتخاذ القرارات المتصلة بعمله - حافزا هاما ، وعندما يكون الانتاج جماعيا ، يمكن زيادته باشتراك المجموعة فى تحديد أهدافه .

الحوافز السلبية :

الحوافزالسلبية أو الرادعة تتضمن نوعا من العقاب يدفع العامل الى الخشية من الوقوع فى الخطأ ، والحافز الرادع لايحفز على زيادة الانتاج ولايؤدى الى بذل أقصى الطاقات لدى الفرد الذى عادة مايؤدى العمل بالدرجة التى لاتعرضه للعقاب . أما الحافز الايجابى فيحرك قدرات العامل على العمل وزيادة الانتاج ، لذلك يجب أن تطبق الحوافز السلبية بقدر والا تتخذ اساسا لتحريك العمل ، أو دفع الانتاج ، وخاصة انه ايسر جدا على الرئيس اصدار قرار بالعقوبة من أن يحاول تجريب اساليب الحفز الايجابية .

والملاحظ أن الحوافز السلبية فى مصر محدودة الفاعلية ، بالرغم من أن حاجات الامن قد اشبعت بالدرجة التى أدت الى ظهور اتجاهات الدعة والسلبية ، وكان يمكن فى ظل نظام فعال للحوافز السلبية الوصول الى توازن يحقق الصالح العام .

ويرجع ضعف فاعلية الحوافز الرادعة للاسباب التالية :

- التردد فى استعمالها بسبب آثارها المادية والاجتماعية .
- اتجاه بعض الرؤساء ، نتيجة لظروف التغير الاجتماعى ، الى عدم استعمال الروادع منعا لاثارة المشكلات وايثارا للسلام .
- ضيق نطاق السلطة التى يتمتع بها بعض الرؤساء فى توقيع العقوبات على العاملين .
- مضى فترة زمنية طويلة بين وقت اكتشاف الاهمال أو المخالفة وبين توقيع العقوبة .
- الميل الى استعمال الحوافز الرادعة للعقاب وليس للاصلاح .
- عدم وجود معدلات اداء فردية وجماعية فى مجالات العمل المختلفة .

الحوافز فى تشريعات العاملين :

حرص المشرع فى نظامى العاملين المدنيين بالدولة والعاملين بالقطاع العام الصادرين بالقانونين رقمى ٤٧ ، ٤٨ لسنة ١٩٨٧ ، على الاخذ بنظام الحوافز لتشجيع الأكفاء وحث العاملين على بذل المزيد من الجهد فى أداء واجبات ومسئوليات وظائفهم فنص على الحوافز المختلفة التى تثير الرغبة فى العمل لدى العاملين ، وتدفع القوى الكامنة فيهم للمساهمة ، عن رغبة واقتناع ، فى زيادة الانتاج ورفع مستواه . وأبرز ماتضمنه نظاما العاملين المشار اليهما فى هذا المجال من الحوافز الايجابية مايلى :

العلاوات التشجيعية :

نص نظاما العاملين المدنيين بالدولة والعاملين بالقطاع العام على أنه يجوز منح العامل علاوة تشجيعية تعادل العلاوة الدورية المقررة ولوكان قد تجاوز نهاية الأجر المقرر للوظيفة وفقا للشروط التالية :

أن تكون كفاية العامل قد حددت بمرتبة ممتاز عن العامين الأخيرين ، وأن يكون قد بذل جهدا خاصا أو حقق اقتصادا فى النفقات أو رفعا فى مستوى الاداء .

- الا يمنح العامل هذه العلاوة اكثر من مرة كل سنتين .
- الا يزيد عدد العاملين الذين يمنحون هذه العلاوة فى سنة واحدة

على ١٠٪ من عدد العاملين فى وظائف كل درجة من كل مجموعة نوعية على حدة

واذا قل عدد العاملين فى احدى درجات المجموعة النوعية عن ١٠ ٪ يجوز منح العلاوة لعامل واحد .

ولايمنع منح العلاوة من استحقاق العلاوة الدورية فى موعدها .

كما يجوز منح العلاوة التشجيعية للعاملين الذين يحصلون على مؤهلات علمية أعلى من مستوى الدرجة الجامعية الاولى .

والعلاوات التشجيعية نظام مستحدث فى تشريعات العاملين ، ولم يؤخذ بها فى تشريعات العاملين بالقطاع العام الا منذ سنة ١٩٦٢ وفى القطاع الحكومى منذ سنة ١٩٦٤ ، وتشير التعديلات المتعاقبة التى اجراها المشرع على نظام العاملين فى القطاعين منذ تلك الفترة الى رغبته فى زيادة فاعلية هذا النظام المستحدث .

المكافآت التشجيعية :

نص نظاما العاملين بالحكومة والقطاع العام على جواز تقرير مكافآت تشجيعية للعامل الذى يقدم خدمات ممتازة أو اعمالا أو بحوثا أو اقتراحات تساعد على تحسين طرق العمل أو رفع كفاية الاداء .

وتعتبر هذه الصورة من الحوافز من أكثر الحوافز فاعلية نظرا لاطلاقها ، سواء فيما يتعلق بقيمة هذه المكافأة أو سلطة منحها أو شمولها لوسائل ترشيد العمل ، تشجيعا للعاملين على بذل الجهد الممتاز وشحذ الهمم نحو الابتكار وتحسين الانتاج وزيادته .

بيد أن الملاحظ أنه كثيرا ماتستعمل المكافآت التشجيعية فى غير ما خصصت من أجله ، وفى أغراض بعيدة عن مصلحة العمل ، مما دعا البعض الى المطالبة بوضع ضوابط تحقق الهدف من تقريرها .

الجهود غير العادية :

نص نظاما العاملين السابق الاشارة اليهما على أن يستحق العامل مقابلا عن الجهود غير العادية والأعمال الاضافية التى يكلف بها من الرئيس المختص وذلك طبقا للقواعد والضوابط التى تضعها السلطة المختصة .

وقد أظهر تطبيق هذا ملحوظات أساسية ، من أهمها :

- منح هذه الأجور الاضافية والجهود غير العادية وفقا للتقدير الشخصى لرئيس الجهة المختص دون معايير واضحة وذلك فضلا عن سوء توزيع التكليف بالعمل الاضافى بحيث يخص به فريقا دون الآخر .

- منح الكثير من الجهات الأجور عن الجهود غير العادية على أساس الدورية والشمول لجميع العاملين ، وكنوع من التكملة للمرتب الاصلى ، مما أفقدها صفة الحافز عن الجهد غير العادى المبذول .

نظام مكافأة وزيادة الانتاج :

وهو نظام استحدث فى التشريع المصرى واصطلح على تسميته بنظام الحوافز فنصت المادة ٥٠ من نظام العاملين المدنيين بالدولة الصادر بالقانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٨٧ على أن تضع السلطة المختصة نظاما للحوافز المادية والمعنوية للعاملين بالوحدة بما يكفل تحقيق الاهداف وترشيد الاداء ، على أن يتضمن هذا النظام فئات الحوافز المادية وشروط منحها ، والا يكون صرف تلك الحوافز بفئات موحدة وبصورة جماعية كلما سمحت طبيعة العمل بذلك ، وأن يرتبط صرفها بمستوى اداء العامل والتقارير الدورية المقدمة عنه ، كما نصت المادة ٤٨ من نظام العاملين بالقطاع العام الصادر بالقانون رقم ٤٨ / ١٩٧٨ على أن يضع مجلس الادارة نظاما للحوافز المادية والأدبية على اختلاف أنواعها بما يكفل تحقيق أهداف الشركة وتحقيق زيادة الانتاج وجودته وذلك على اساس معدلات قياسية للاداء والانتاج ، ولما كشف التطبيق العملى عن صعوبة وضع معدلات الاداء القياسية فى الوحدات الحكومية المشار اليها فى المادة ٥٠ من القانون ٤٧ لسنة ١٩٨٧ - اضطر المشرع الى تعديل هذا الحكم بالقانون رقم ١١٥ لسنة ١٩٨٣ وربط صرف الحافز بمستوى اداء العامل والتقارير الدورية المقدمة عنه .

أما بالنسبة لنظام مكافأة زيادة الانتاج أو الحافز فى وحدات القطاع العام ، فقد ربط المشرع صرف هذه المكافأة بمعدلات قياسية للاداء ، وذلك نظرا الى سهولة وضع معدلات الاداء للأعمال المختلفة فى الوحدات الاقتصادية حيث تسمح بذلك طبيعة معظم الأعمال بها . وهذا

النظام يشبه الى حد كبير نظام ربط الأجر بالانتاج ، بل يعتبر احدى صور هذا النظام ، ويمثل المعدل فى هذا النظام رقم الاداء الذى يستطيع العامل المتوسط الكفاءة تحقيقه ، وبوضع معدلات الاداء يصبح العامل مسئولا عن دخله من عمله ، فأى زيادة عن المعدلات يكافأ عنها بالحصول على مكافأة زيادة الانتاج ، وأى نقص عن هذه الم
نوعا من التقصير قد يعرضه للمساءلة التأديبية .

التطبيق العملى لنظام مكافأة زيادة الانتاج :

أهم مايواجه التطبيق العملى لنظام مكافآت زيادة الانتاج ، هو عدم وجود معدلات اداء حقيقية ومعبرة عن جميع الأعمال ، فكثير من الأعمال يصعب وضع معدلات لأدائها ، مثل : الأعمال البحثية والأعمال التى تعتمد بصفة خاصة على المجهود الذهنى والتفكير السليم والاستعدادات والمواهب الخاصة وهى أعمال لايمكن قياسها ، كما لجأت بعض الجهات الى وضع معدلات اداء تحكمية لأعمالها ، لاتقوم على أى أسس علمية ، بل ان معظم الجهات لم تطبق معدلات الاداء التى وضعتها وجرت على صرف هذه المكافآت أو الحوافز لجميع العاملين بها بنسبة موحدة أو نسب متفاوتة دون نظر الى انتاجية كل عامل .

وقد اسفر تطبيق هذه النظام عن وجود تفاوت كبير فى قيمة الحافز بين الجهات المختلفة ، فاستقرت الجهات التى تخضع لكادرات خاصة على صرف الحافز بنسبة ١٠٠٪ من المرتب لجميع العاملين بها ، ووصل الحافز فى جهات أخرى الى نسبة أعلى من ذلك ، وفى الوقت نفسه مازالت جهات كثيرة تتعثر فى الاستفادة من هذا النظام ، أو تعانى من نقص الاعتمادات المالية اللازمة لتنفيذه .

كما صاحب تطبيق نظم الحوافز ، ايضا ، انحراف فى استخدامها أبعد الربط بين اساس منحها والكفاية فى اداء العمل ، وبذلك فقدت العنصر التشجيعى وانعدمت فاعليتها كأداة لحث العاملين على بذل المزيد من الجهد .

الحوافز الادبية والمعنوية :

وثمة حوافز أخرى نص عليها نظاما العاملين المدنيين بالدولة والعاملين بالقطاع العام ، وهى الحوافز الأدبية والمعنوية ، وهذا النوع من الحوافز ذو أثر عميق فى ترغيب العاملين فى تحسين الاداء ، وتطوير العمل وزيادة الانتاج . ومن المقترحات المفيدة فى هذا الشأن ، ابراز جهود المتازين من العاملين فى صورة لوحات شرف أو شهادات تقدير تمنح لهم ، ويمكن كذلك تنظيم رحلات ترفيهية لذوى الكفاءات الممتازة ولاسرهم ينفق عليها من حصيلة الجزاءات أو من الاعتمادات المخصصة للرعاية الاجتماعية .

والحوافز الأدبية أو المعنوية لاتقل أهمية عن الحوافز المادية ، فهى من ناحية تحقق اشباع الحاجة الى التقدير لدى المجتهدين ، ومن ناحية أخرى تثير الحماس لدى الآخرين .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ومادار حولها فى المجلس من مناقشات يوصى بمايلى :

أولا : بالنسبة لربط الأجر بالانتاج :

* وضع نظام لربط الأجر بالانتاج ، مع وضع خطة تنفيذية لتطبيق هذا النظام على مراحل ، ويمكن أن يبدأ التطبيق فى أحد القطاعات أو الصناعات الهامة ومتابعة تطبيقه بهدف تطويره ومواجهة ماقد ينشأ عن تطبيقه من ثغرات ، وما يظهر من معوقات وصعوبات ومعالجتها ووضع الحلول المناسبة لها ، بمايؤدى الى ضمان نجاح هذا النظام وتحقيق فاعليته عند امتداد العمل به على ضوء نتائج هذا التطبيق .

* اجراء تحليل دقيق وتوصيف للوظائف المختلفة فى كافة الوحدات الانتاجية ووضع جداول لترتيب الوظائف توضح القيم التى تحصل عليها كل وظيفة بهدف تحديد مدى مساهمة عنصر العمل فى تحقيق كم الانتاج المستهدف فى كل وحدة .

* استخدام أسلوب سهل ومبسط ، فى إعداد وتطبيق نظم ربط الأجر بالانتاج يتيسر للعاملين فهمها وإدراكها ، مما يجعلهم أكثر ثقة واطمئنانا لطريقة احتساب أجورهم .

* مراعاة العدالة فى وضع المعدلات القياسية للانتاج ، بحيث تتفق مع ظروف وطبيعة العمل فى كل وحدة والبعد عن المعدلات النمطية للعمليات الانتاجية المختلفة ، نظرا لاختلاف ظروف الانتاج من وحدات ذات آلات ومعدات ، الى أخرى تحتاج كثيرا من الآلات والمعدات بها

الى اصلاحات أو عمرات على فترات متقاربه ، مما يؤثر على انجازات العاملين .

* ان نظام التكاليف المطبق حاليا غير كاف لإنجاح ربط الأجر بالانتاج مما يستلزم تعديل بما يضمن فاعلية هذا النظام .

* ضرورة تناسب عدد العاملين مع حاجة العمل ، بتوجيه الاعداد الزائدة الى أعمال أخرى تعانى عجزا فى عدد العاملين بها ، أو تحويلها الى عمالة فنية لسد العجز الملحوظ فى هذه النوعيات من العمالة .

ثانيا : بالنسبة للحوافز

* اتخاذ نظم الحوافز وسيلة لتنفيذ السياسات المطلوبة للتوزيع الجغرافى للقوى العاملة ، بعد أن أثبتت الدراسات أن القوى العاملة فى مصر تتمتع بحركة كبيرة لاتتفق مع مايشاع عن ارتباط المصرى بأرضه ارتباطا يمنعه من الانتقال الى أى مكان آخر .

* توجيه نظم الحوافز ، مع غيرها من أنظمة التوظف ، بمايؤدى الى تحول العاملين من الوظائف المكتبية الى الوظائف المهنية والفنية ومهن العمال المهرة ومن مواصلة التعليم العالى الى الالتحاق بالتعليم الفنى والتدريب المهنى .

* الربط بين الحافز وزيادة الانتاجية أو مستوى الاداء ، بما يحقق الأساس الاقتصادى للحافز ، وذلك بوضع معايير موضوعية لقياس الانتاج والاداء ، والمتابعة والتقييم الدقيق والمستمر لتطبيق نظم الحوافـز ، مما يساعد الادارة على أن تكون على بينه من درجة التوافق بين التكلفة والعائد .

* مراعاة تضمين نظم الحوافز وربط الأجر بالانتاج أدوات تطبيقهـا ، من وسائل لقياس الجهد المبذول كمعايير للاداء ، وتقارير قياس الكفاية أو تحديد مسئوليات تنفيذه ببيان دور الجهاز المركزى للتنظيم والادارة ودور القيادات الادارية والنقابات العمالية فى التطبيق .

* توعية المستويات الاشرافية بنظام الحوافز وربط الأجر بالانتاج لأن هذه المستويات الاشرافية هى التى تمثل الادارة وترد على الاستفسارات التى ترد لها عن النظام ، وعلى ضوء فهما للنظام وعلى ضوء ردها على الاستفسارات يتحدد مدى قبول العاملين لهذا النظام .

* ان تستخدم الحوافز المعنوية وخاصة فى أجهزة القطاع الحكومـى ، حيث تكاد تكون غير معروفة ، لاسيما أن الحافز المعنوى بالنسبة للمستويات عالية التثقيف قد يكون له أثر أقوى من الحافز المادى .

* ان تتلاءم الحوافز الايجابية للعاملين ، مع الجزاءات المناسبة للمهملين بهدف اثابة المجد ، وعقاب المقصر

* أن تصدر كل وحدة ادارية لائحة داخلية ، فى اطار القوانين القائمة بنظم الجزاءات عن المخالفات الشائعة بعد حصرها ، مع مراعاة تناسب الجزاء مع الخطأ الذى يواجهه ، وذلك الى جانب التوسع فى تفويض سلطة توقيع الجزاءات توخيا لسرعة مواجهة أوجه الانحراف المختلفة ، على أن تمارس القيادات السلطة التأديبية المخولة لها بصورة جادة وحازمة ، فى ظل ضمانات كافية لكفالة العدالة بما يؤدى الى مواجهة أثر الحوافز الرادعة .

* أن تكون الاهداف – سواء كانت كمية أوكيفية أو نوعية – محددة وقابلة للقياس وواضحة للعاملين ، مع تحديد حافز معين أو نسبة من الحافز فى حالة استهداف نظام الحوافز لأهداف متعددة ، ووضع أولويات للأهداف المرغوب تحقيقها واستخدام الحوافز كأداة لمعالجتها .

* أن يكون الحافز عادلا بالنسبة للوحدة من خلال زيادة كمية الانتاج أو حجم العمل الادارى أو الارتفاع بمستوى الجودة أو كفاءة الاداء ، وعادلا بالنسبة للعاملين من خلال مكافأتهم بنسبة الجهد المبذول منهم ، ومدى مساهمة هذا الجهد فى تحقيق الأهداف .

* أن يكون نظام الحوافز بسيطا فى تصميمه وفى حسابه للجهد المبذول بمايؤدى الى سهولة فهم العاملين له واقتناعهم به الى جانب استهدافه لجميع العاملين ، فاذا كان على طريقة الحافز الفردى ، وجب

أن يوضع الى جانبها طريقة الحافز الجماعى بحيث يمتد النظام ليشمل جميع العاملين .

* أن يكون صرف الحافز فوريا بمايؤدى الى تحقيق فاعلية نظام الحوافز وذلك بتدعيم الجهد الذى نتج عنه استحقاق الحافز وأن يكون تطبيق الحافز السلبى كذلك فوريا بمايؤكد طابع العقاب والردع فيه وبما يربط بين الخطأ والعقوبة .

* الحرص على وجود توازن بين الحوافز الفردية والحوافز الجماعية باعتبار أن العامل لايعمل منفردا بل وسط جماعة يسهم من خلالها فى تحقيق أهداف المنشأة .

ثالثا : بالنسبة لقياس كفاءة الاداء

أ- تقارير الكفاية :

* أن يتضمن التقرير عددا من العناصر الرئيسية لتقدير كفاءة العمل ، سواء من حيث كفاءة الأداء وجودته أو الصفات والخصائص الشخصية

* استخدام أكثر من نموذج لتقييم الكفاءة تبعا لنوعية العاملين الذين يتم تقدير كفايتهم وطبيعة الوظائف التى يشغلونها ، ومستويات الاعمال التى يؤدونها ، بحيث يتناسب التقرير وعناصره مع تلك المتغيرات .

* اعطاء الاهتمام الكافى ، فى عناصر التقرير للكشف عن مدى قدرة الفرد على التقدم لشغل الوظائف ذات المستوى الأعلى وتحقيق انجازات معينة

* توفير دليل موضوعى تراجع على أساسه تقديرات الكفاءة ، مثل كمية الاداء أو الانتاج أو مستواه ونوعه ، أو معدل الغياب والانقطاع عن العمل ، أو مايكون هناك من شكاوى ثبت صحتها ، أو عقوبات تأديبية تم توقيعها وذلك بما يوفر الثقة فى نتائج قياس الكفاية .

* إعادة النظر فى مستويات الكفاءة الحالية وقصرها على ثلاثة مستويات فقط : متوسط أو عادى ، متميز أو ممتاز ، وضعيف على أن تكون هناك نسبة محددة للامتياز باعتبار أن نسبة المتسربين عادة قليلة تحاشيا للمغالاة فى رفع تقدير الكفاءة مما أهدر القيمة الادارية لهذه التقارير ، وجعل الاقدمية هى المعيار الأساسى فى معاملة العاملين .

ب- معدلات الأداء

* ضرورة حساب معدلات الأداء بطريقة علمية سليمة ، لتحقيق الدقة والعدالة فى منح الحافز على أساسها ، وذلك بتحديد وحدات العمل التى يلزم انجازها مقترنة بمستوى معين من الجودة فى وحدة زمنية معينة ، مع التحقق دائما من دقة هذه المعدلات عن طريق المتابعة والمراجعة المستمرة لتطبيقها وتتبع نتائجها .

* وضع معدلات الاداء على أساس فردى أو جماعى حسب طبيعة العمل وذلك للربط بين الجهد المبذول ومنح الحوافز المقررة ، اذ أن بعض الاعمال قد تكون من الصعب - أو من غير الملائم - تحديد معدل الاداء فيها بطريقة فردية ، فتوضع لها معدلات جماعية على أساس جهود المجموعة أو الادارة أو القسم ، بما يحقق سيادة روح العمل الجماعى والتعاون فى تحقيق الأهداف .

* التوسع فى الأخذ بمعدلات الأداء فى الاعمال الانتاجية التى يمكن تحديد اداء أو انتاج العامل فيها بكميات محدودة بجودة معينة يمكن قياسها ، أو برقم مبيعات يحققه ، وذلك للتخفيف من أثر العنصر الشخصى فى تقييم الكفاءة ، مع استكمال معدلات الاداء بتقارير الكفاية لتقييم الخصائص والصفات الشخصية والسلوكية للعامل التى يتيسر تبينها عن طريق معدلات الاداء .

* مشاركة العاملين ، كلما أمكن ، فى تحديد المعدلات وفى تقييم أدائهم على أساسها .

* العمل على توحيد أنشطة جهات الرقابة المختلفة على الوحدات الانتاجية ، لما يسببه تعدد هذه الأنشطة من اعاقة لاحكام تطبيق نظم الحوافز الايجابية .

اتجاهات عامة لتطوير الخدمة المدنية

أن شعور المواطن بحدوث تغيير ملموس فى حياته اليومية أمر أساسى فى تعميق شعور الانتماء الحقيقى للوطن ، بما يدفعه الى المشاركة الفعالة فى بنائه وتقدمه .

وهذا يرتبط بتقديم الموظف الخدمات فى مختلف المواقع بلا تعقيدات ولا تسويف أو استعلاء ، بحيث يشعر كل موظف أنه خادم للشعب وأن مرتبه يحصل عليه من دافعى الضرائب أى مجموع المواطنيـن .

وقد تعرضت الخدمة المدنية المعاصرة للعديد من محاولات الاصـــلاح ، الا أن التنفيذ الفعلى لهذه المحاولات لم يصل بها الى تحقيق الأهداف المنشودة نتيجة لتغلب النظرة الأكاديمية والمتخصصة فى وضـع الحلول دون اشراك المنفذين بدرجة كافية ، بالاضافة الى التغييرات المتلاحقة فى توجهات السياسة العامة مما أفقد هذه الحلول المواءمـــة مع الأوضاع المتغيرة والتطورات الاقتصادية والسياسية ممـا اضطر الدولـة - وعيا منها بحجم المشكلة - الى توجيه العديد من الحلول المسكنة التى لم تحقق فاعلية بالنسبة للانتاجية أو رفع كفاءة الأداء أو الانضباط الادارى مما يستلزم مدخلا استراتيجيا لعلاج المشكلة يقوم على محورين :

الأول : استخدام الأساليب العلمية فى التحليل للوصول الى مجموعة مقترحات قابلة للتنفيذ وتتفق مع الاتجاهات العلمية الحديثة .

الثانى : استطلاع آراء أعضاء الخدمة المدنية أنفسهم فى هذه المقترحات ، من خلال استقصاء يتم إعداده بعناية حتى يتم تنفيذ الاصلاح الادارى المقترح فى ظل أكبر قدر من رضاء الموظف ذاته بل وافساح المجال أمامه لاقتراح حلول للمشاكل .

وبتكامل هذين المحورين يمكن مواجهة العقبات وطرح الحلول الممكنة لاصلاح الخدمة المدنية حتى تحتفظ بسماتها المهنية كأحد أهم فروع الخدمة المحققة لسياسات التنمية .

المعوقات :

ترتبط مشاكل وعقبات الخدمة بعضها بالبعض ، كما ترتبط بمجموعة أسباب تاريخية واقتصادية واجتماعية.

وفيما يلى عرض لأهم هذه العقبات والمشكلات :

- افتقار سياسة الخدمة المدنية لاستراتيجية واضحة المعالم .
- تحول الخدمة المدنية من خدمة الى سلطة يغيب عنها مفهوم "دافع الضرائب" السائد فى الدول المتقدمة .
- تدهور الوضع الاقتصادى والاجتماعى لاعضاء الخدمة المدنية بالمقارنة مع العاملين فى القطاعات الأخرى .
- التعددية الكبيرة فى مسميات الوحدات والتكرار والخلط بين الخدمة المدنية من ناحية والقطاع العام من ناحية .
- ضعف الولاء الوظيفى .
- ضعف القيادات التنفيذية .
- ضعف نظم التدريب وشكلية معدلات قياس الاداء .
- تعدد وتغير قوانين ولوائح ونظم الخدمة المدنية ، وعدم استقرار التنظيم الادارى الحكومى .
- تدهور أساليب العمل وصعوبة تطبيق الأساليب العلمية .
- كثرة دلالات ارتفاع نسبة البطالة المقنعة ، مع الاستمرار فى

الشكوى من نقص العمالة فى بعض الادارات المعنية بتقديم الخدمات للمواطنين .

- هبوط الانتاجية .

- تضخم وعدم وجود مفهوم علمى واضح لوظائف الخدمات المعاونـة .

- زيادة معدل جرائم الوظيفة رغم الجهود المكثفة لمكافحة هذا النوع من الانحراف .

- التراكمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية .

- عدم الاهتمام بالجوانب الانسانية والاجتماعية للخدمة المدنية من خلال روابط الموظفين .

- شيوع المسئولية كنتيجة حتمية لتداخل الاختصاصات ، وعدم وضوحها مما يشجع الموظف على الانحراف بوظيفته معتمدا على شيوع المسئولية عند انكشاف الأمر والافلات بالتالى من العقاب ، كما تؤدى الى تعقيد أساليب العمل وصعوبة تحقيق النتائج المرجوة من التنمية الادارية .

- كثرة مشاكل الموظف مع جهة الادارة ، وانعكاساتها السيئة على نفسيته .

- عدم وجود قواعد تنظيمية ثابتة مما يظهر فى العديد من الأمثلة مثل انشاء درجات لأشخاص دون حاجة فعلية لهم فى التنظيم .

- ضعف أجهزة المعلومات داخل الوحدات المختلفة واتباعها للأساليب التقليدية فى الحفظ والتجديد وتداول المعلومات .

- اقتران العملية الادارية بمجموعة كبيرة من التعقيدات المكتبية والاجراءات الشكلية .

اتجاهات التخلص من السلبيات القائمة :

حتى يمكن توقع نتائج ايجابية من سياسة التنمية الادارية ، فمن الضرورى معالجة المشكلات التى لاتحتمل التأجيل أو الحلول المسكنة وخاصة فى المجالات الآتية :

أولا : الخدمة المدنية والتنظيم الأعلى للدولة :

تحتاج الخدمة المدنية الى مفهوم مهنى جديد ، مما يستلزم اعادة النظر فى التنظيم الأعلى للدولة بما يضع الخدمة المدنية فى جانب والقطاع العام فى الجانب الآخر واعتبار كليهما أهم أدوات تنفيذ وايصال السياسة العامة للدولة ، مع الاهتمام بتوضيح مكونات الخدمة المدنية وأهمية تحقيق الكفاءة والفاعلية فيما تقوم به من أعمال وضرورة تكوين مجلس للخدمة المدنية تتبعه أداة فنية ومعهد للادارة العامة والمحلية ليختص برسم سياسات الخدمة المدنية والاشراف على شئونها وتطويرها (ويمكن ايجاد ترتيب مشابه بالنسبة للقطاع العام) ، وذلك لتدعيم ادارة اصلاح الخدمة المدنية بمساندة كافية من قطاعات التنفيذ ذاتها .

وبتحقيق ذلك المفهوم الجديد يمكن وضع تصور عام لتنظيم الخدمة المدنية يقوم على أساس تحديد وحدات الخدمة المدنية والتخلص من التعددية الكبيرة فى المسميات بتركيز وحدات الخدمة المدنية فى :

(الوزارات - المصالح - الأجهزة المركزية - الفروع الاداريـــة المحلية) مع تدعيم عناصر القيادة العليا بالأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية خصوصا فى مجالات المعلومات والرقابة الادارية والرقابة المحاسبية .

ثانيا : التنظيم العام للخدمة المدنية :

يقترح تنظيم عام للخدمة المدنية يأخذ فى الاعتبار عدم تكوين أجهزة جديدة ، وتحويل الأجهزة القائمة الى الأوضاع التنظيمية الملائمة إما فى نطاق الخدمة المدنية أو فى نطاق القطاع العام ، مع تحديد وتدعيم الأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية .

وتحدد أهم ملامح هذا التنظيم فيما يلى :

- تحديد الوضع المتميز للخدمة المدنية مهنيا ، وذلك بتركيز وحداتها فى مستوى الوزارة ومستوى المصلحة والفروع المحلية وبعض الأجهزة المركزية .

وهذا يستلزم اعادة النظر فى الوحدات الأخرى العديدة والتى تأخذ

مسميات مختلفة وذلك بتحويلها إما الى هيئات نوعية واخراجها من قطاع الخدمة المدنية الى القطاع العام اذا كانت طبيعتها الاقتصادية تستلزم ذلك ، أو تحويلها الى مصالح حكومية أو أجهزة مركزية تبعا لطبيعتها ووفقا للضوابط العلمية .

– تحويل الجهاز المركزى للتنظيم والادارة الى أداة فعالة لشئون الخدمة المدنية عن طريق تنظيم جديد ذى مستويين : الاول ، مجلس الخدمة المدنية ويختص برسم سياسات الخدمة ومتابعة تنفيذها ، وتمثل فيه أهم الوزارات وبعض المصالح الحكومية ويتبع رئيس الوزراء ، والثانى مستوى أداة فنية فى شكل جهاز مركزى لشئون الخدمة مع معهد الادارة العامة والمحلية .

– تحديد المفهوم الاقتصادى للقطاع العام والابقاء على التنظيم الحالى ذى المستويين (الهيئة النوعية القابضة / الشركة) مع تطوير هيئة التصنيع لتصبح أداة متابعة وتنسيق معاونة للوزراء والهيئات النوعية والشركات وذلك عن طريق تنظيم جديد ذى مستويين :

• مستوى أعلى فى شكل مجلس متابعة المشروعات الاقتصادية يتبع رئيس الوزراء ، ومستوى أدنى يتمثل فى جهاز لدراسة المشروعات ومركز للتنمية الادارية .

• ويظهر من ذلك تنظيم متناسق للجهاز الادارى تختفى فيه التعددية فى مسميات الوحدات والتكرار والخلط بين الخدمة المدنية من ناحية والقطاع العام من ناحية أخرى ، مع وجود مستويات تنسيق فى شكل نواب رئيس وزارة أو وزراء دولة أو لجان وزارية .

– تدعيم الدور الاستشارى والرقابى للأجهزة سواء التابعة لرئيس الجمهورية أو التابعة لرئيس الوزراء . مع أعادة النظر فى فلسفة انشائها ، على أساس ان الهدف من الرقابة هو أن تكون اداة معاونة ومساعدة للاجهزة التنفيذية ، لا أداة تصيد للأخطاء والانحرافات بعد وقوعها .

ثالثا : سياسات الخدمة المدنية :

ان الأخذ بالمقترحات السابقة بخصوص التنظيم الأعلى والتنظيم العام للخدمة المدنية لابد وأن يساعد فى تأكيد المفهوم المهنى للخدمة المدنية ومكانها القيادى فى ادارة التنمية . خاصة وأن مشاكل الخدمة المدنية يرتبط بعضها ببعض ولايمكن علاج احداها دون الأخرى ، فمشكلة الرواتب لايمكن علاجها دون علاج مشكلة العمالة ومشكلة العمالة ترتبط بمشاكل تعدد القوانين ، والمشاكل القانونية تؤثر على مشاكل التنظيم وهكذا .

الا أن مناقشة مشاكل الخدمة المدنية وتطويرها كمسألة مستمرة لاتتم مرة واحدة بل لابد لها من وضع سياسات عامة . والسياسات العامة للخدمة هى مؤشرات عامة لتنظيم وادارة الخدمة تمثل التوازن بين المصالح العليا والمبادىء العلمية وهى :

المكون المهنى : والذى يؤكد مكانتها القيادية فى ادارة التنمية من خلال احساس العاملين بالانتماء والمكانة والمشاركة فى تحقيق أهداف السياسات العامة الانمائية والتخلص من السلبيات التى تعوق تدعيم المهنة مثل سياسات العمالة وضعف الولاء الوظيفى .

المكون القانونى : الذى يحدد الهوية القانونية والاطار التنظيمى للخدمة المدنية ويحدد مسئولياتها وواجباتها وحقوق أعضائها والمحظورات القانونية ويحمى الموظف من الانحراف .

المكون التنظيمى : الذى يحدد قواعد وأسس تنظيم الخدمة المدنية والذى يكون بمثابة دليل تكوين الوحدات والتقسيمات وتطوير التنظيم . ويلاحظ وجود العديد من السلبيات ، من حيث عدم استقرار التنظيم وعدم اتباع القواعد العلمية وتغلب النظرة الاكاديمية وضعف ادارات المعلومات ، وشيوع التنظيمات غير الرسمية .

مكون الاساليب : (ايصال السياسات العامة) المقصود بهذا المكون أساليب عمل الخدمة المدنية التى تحقق أقصى درجات الرضاء العام ، أى التى تحقق الفاعلية بمعنى الآثار الايجابية فى محيط العمل مما يؤدى الى تدعيم النظام السياسى واستقرار الحكم ، ويلاحظ العديد من السلبيات على رأسها ضعف القيادات التنفيذية وجمود روتين العمل ،

وحدة تأثير المشاكل الاجتماعية للموظف على انتاجيته وعلى أسلوب تعامله مع المواطنين ، وضعف نظم التدريب وشكلية معدلات قياس الاداء .

لذلك فمن الضرورى وضع سياسات للخدمة المدنية تحدد لها المؤشرات العامة للمكونات الأربعة السابقة وتكون دليلا للاصلاح والتطوير المستمرين للخدمة المدنية . وذلك على ضوء التخلص من السلبيات القائمة حاليا .

وأهم منطلقات تلك السياسات أن تكون باشراك المنفذين أنفسهم فى دراسة المشاكل واقتراح الحلول والتعاون الكامل بين الأكاديمى والممارس .

رابعا : المشاكل القانونية والتنظيمية والادارية :

وبالنسبة للمشاكل القانونية والتنظيمية والادارية فقد اتضح أن مشاكل الخدمة المدنية قد أدخلت سياسات الاصلاح الادارى فى حلقة مفرغة لعل أكثر صورها وضوحا هى تعدد وتغير لوائح ونظم الخدمة المدنية وفقدان الاطار القانونى للمقومات العلمية والمهنية التى يجب أن تتوافر له . لذلك فالمقترح ضرورة اصلاح الاطار القانونى للخدمة المدنية من خلال :

– تطوير قانون عام للخدمة المدنية وقانون موحد للكادرات الخاصة مع لوائحها التنفيذية والغاء التعددية القانونية السائدة الآن .

– ارساء دعامات ومبادئ اخلاقية مستمدة من تراثنا الثقافى فى قوانين ولوائح الخدمة المدنية تكون أساسا للحفاظ على تماسك وتبلور مفهومها المهنى فى المجتمع المصرى .

– تقوم سلطات الاشراف على تطبيق وتطوير قانونى الخدمة المدنية ولوائحهما بمساندة تنفيذية من خلال مجلس المدينة المقترح . مع وجود نظم خدمة خاصة بقطاعات الخدمة العامة الأخرى : العسكرية ، والشرطية ، والقطاع العام .

وبالنسبة لقواعد التنظيم وأساليب عمل ادارة الخدمة المدنية فقد لوحظ أن قواعد التنظيم العلمى أصبحت الى درجة كبيرة فى الخدمة المدنية ، مما انعكس على تدهور أساليب العمل وصعوبة تطبيق الأساليب العلمية وعدم تحقيق النتائج المرجوة من الاصلاح الادارى . ولكن اصلاح مشاكل التنظيم والأساليب فى الخدمة المدنية لابد وأن يتسم بقدر كبير من التأنى والحصول على مساندة أكبر قطاع ممكن من أعضاء الخدمة المدنية أنفسهم .

ومع ذلك فانه يمكن وضع أسس عامة للاصلاح والبدء ببعض الاصلاحات العامة والتى أصبحت أسبابها وتأثيراتها السلبية لاتحتمل التأخير وبالذات بالنسبة لمايلى :

. تنظيم الخدمة فى اطار الجهاز الادارى للدولة .

. التنظيم العام للخدمة المدنية .

. تنظيم الأجهزة المركزية المسئولة عن شئون الخدمة المدنية .

. تعميم سياسات للخدمة المدنية تخلصها من سلبياتها وتكون دليلا لانطلاقها وتطورها .

. مواجهة بعض المشاكل القانونية والتنظيمة والادارية الملحة وارساء أسس تدعيم وتطوير نظم المعلومات الإدارية وبرامجها .

خامسا : مشاكل اقتصاديات الخدمة المدنية :

أما بالنسبة لمجموعة مشاكل اقتصاديات الخدمة المدنية فقد حاولت الدولة دائما التصدى لها وبالذات لمشكلة الرواتب والأجور ، وذلك عن طريق العديد من الاجراءات مثل الدعم والمكافآت والزيادات فى الرواتب من وقت لآخر إلا أن التطورات الاقتصادية وارتفاع نفقات المعيشة مع العمالة الزائدة والمتزايدة قد ابتلعت كل هذه الجهود وجعلتها لاتحدث التأثيرات الايجابية المرغوبة . وهذا يؤكد ضرورة علاج المشاكل التى تعوق حل المشكلة الاقتصادية أولا– وضرورة الحصول فى نفس الوقت على مساندة وتأييد الموظفين أنفسهم للحلول ، بل واقتراحها .

كذلك تأكد ارتباط كل مشاكل الخدمة المدنية بعضها ببعض وصعوبة حل احداها دون الأخرى ، وأهمية التصدى الجرىء للمشاكل فى ظل

أكبر مساندة من مجتمع الخدمة المدنية .

وقد لوحظ أن نظام المرتبات فى الخدمة المدنية أصبح غير ملائم لمستويات المعيشة مما يشكل عائقا ليس لادارة الخدمة المدنية فحسب بل ولادارة التنمية بوجه عام . فقد ساعد فى تدهور انتاجية الموظف وضعف معنوياته من ناحية كما تزايدت اعتمادات المرتبات والدعم والمدفوعات النقدية على حساب اعتمادات الاستثمار من ناحية أخرى .

لذلك لابد من اعادة رسم سياسات المرتبات والأجور من منطلقات جديدة وترتبط باعادة النظر فى سياسات العمالة والقوانين واللوائح وتنظيم أساليب العمل بطريقة واقعية مؤسسة على دعامات مهنية وقانونية سليمة تتخلص الخدمة المدنية معها من استمرار سلبياتها للحد من تضخم العمالة ، وسوء توزيعها وفوضى اللوائح والتسويات وعشوائية التنظيم والأساليب ، وصولا الى الارتفاع باقتصاديات الخدمة المدنية وتطوير طاقاتها وامكاناتها .

الدراسات الميدانية :

من أهم منطلقات تطوير الخدمة المدنية استطلاع آراء اعضاء الخدمة المدنية أنفسهم فى مداخل الاصلاح التى يمكن التوصل اليها ، لذا يقترح اجراء استقصاء يتم إعداده بعناية ليأتى معبرا عن اتجاهات الاصلاح الادارى حتى يتم التنفيذ فى ظل أكبر قدر من رضاء الموظف ذاته . وكذلك التعرف على وجهة نظر المتعاملين مع مجتمع الادارة فى مشاكل الخدمة ، حتى يمكن التوصل الى تحديدها وترتيب درجة أهميتها .

وتستهدف هذه الدراسة الميدانية تحقيق مايلى :

– الحصول على معلومات عامة عن مجتمع الخدمة المدنية من ناحية مستويات التعليم والتدريب والحالة الاجتماعية والمشاكل الوظيفية ودرجة الرضاء الوظيفى ومدى استخدام الأسلوب العلمى فى اتخاذ القرارات وتوافر المعلومات .

– استطلاع آراء الموظفين بالنسبة لنوعيات التدريب الملائمة ونظام الاشراف والترقية وحوافز ترك الخدمة المختلفة وسبل تحسين المرتبات والانتاجية وتطوير أساليب العمل

– الوصول الى تصور لأهم مجالات استطلاع آراء المتعاملين مع الادارة مستقبلا لوضع وتصميم دراسة تستهدف رفع كفاءة توصيل الخدمات العامة من وجهة نظر المواطن

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها فى المجلس من مناقشات ، يوصى بالاتى .

فى مجال التنظيم الأعلى للدولة .

* تمييز الخدمة المدنية عن القطاع العام مع تاكيد كونهما جناحى الجهاز الادارى المنفذ للسياسات العامة للتنمية .

* تركيز اختصاصات الأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية المعاونة لرئيس الجمهورية ولرئيس الوزراء مع توضيح مهامهما فى المتابعة والتحليل والمعاونة فى اقتراح الحلول .

* تكوين جهاز لإدارة شئون الخدمة المدنية من مجلس الخدمة المدنية والجهاز المركزى للخدمة المدنية يحل محل الجهاز المركزى للتنظيم والادارة .

وتكوين جهاز لادارة شئون القطاع العام من مجلس متابعة المشروعات الاقتصادية وجهاز دراسة المشروعات يحل محل هيئة التصنيع .

* اعادة النظر فى المبادىء العامة لتكوين قطاعات الجهاز الادارى ، وارساء دعامات تنظيمية وموضوعية تكون دليلا يسترشد به ويخلص التنظيم الأعلى من التعرض للضغوط غير الموضوعية ويضمن الاستقرار .

* تاكيد الطبيعة القيادية والرائدة للخدمة المدنية فى تنفيذ سياسات التنمية .

* التخلص من التعددية فى المسميات عن طريق مراجعة التنظيم

الحالى للخدمة المدنية بحيث يتكون أساسا من الوزارة ، والمصلحة ، والفرع ويقوم على الاعتبارات الموضوعية ومن عدد ملائم من الأجهزة المركزية .

* الافادة مما هو قائم من أجهزة وتنظيمات وعدم تكوين تشكيلات جديدة الا فى أضيق نطاق مع وضع القواعد العامة التى يجب تكوين تلك الوحدات بناء عليها .

* تجميع الوزارات فى مجموعات باتباع القواعد العلمية مع مراعاة المصالح العليا للبلاد ، ويمكن تكوين مستوى نائب رئيس وزراء لكل مجموعة مع امكان وجود وزارات خارج المجموعات النوعية أو ضمن المجموعات ولكن تتبع رئيس الوزراء مباشرة وذلك حسب احتياجات التطور .

* اتباع المبادىء العلمية فى التنظيم والاقتصاد فـــى تكويـــن (الوزارة ، المصلحة ، الفرع) مع التوسع فى توزيع المصالح والتفويض فى الاختصاصات للمحليات .

* ضرورة تحديد نوع الوظائف الرئيسية المطلوبة فى كل وزارة أو مصلحة أو هيئة بحيث يتم التنظيم على أساس هذه الوظائف مع الأخذ فى الاعتبار التقسيم الرأسى والأفقى من خلال مراجعة شاملة لهيكل الوظائف العامة فى الخدمة المدنية والكادرات الخاصة .

فى مجال سياسات الخدمة المدنية :

* وضع سياسات للخدمة المدنية تظهر فيها المكونات المهنية والقانونية والتنظيمة والادارية للخدمة وتكون دليلا للتطور المستمر فى اطار التوازن بين المصالح العليا للبلاد وبين الاعتبارات الموضوعية والعلمية .

* وضع استراتيجية لتحديد طرق ومعايير الحصول على البيانات ومعالجتها بأسلوب علمى مناسب لحاجة متخذى القرارات على مختلف المستويات . مع تصميم سياسات لاعداد وتدريب اخصائى المعلومات من التخصصات المختلفة .

فى مجال المشاكل القانونية والتنظيمية والادارية للخدمة المدنية :

* تركيز القوانين واللوائح على المفهوم المهنى للخدمة المدنية وموقعها فى المجتمع والجمع بين عنصرى الكفاءة والفاعلية .

* اعادة النظر فى القوانين واللوائح والقرارات وصولا الى قانون عام للخدمة المدنية يتيح القضاء على التعددية فى هذه القوانين . مع الاهتمام بوضع قانون عام للكادرات الخاصة يضع التعريف القانونى للكادر الخاص والقواعد العامة لتنظيمه ، مع تبسيط وتركيز لوائح الخدمة المدنية .

* مراجعة التشريعات وتنقيتها من الأحكام المكررة ورفع ماعسى أن يكون فيها من تناقض والغاء النصوص التى فقدت مبررات وجودها ولم تعد صالحة للتطبيق .

* ضـرورة استقرار القوانين واللوائح والتعليمات المنظمة لحركة العمل ، ليتيسر اداء الخدمة للمواطن ورفع مستواها .

* اشراك الموظف الكفء فى وضع اللوائح وتحديد طرق وأساليب العمل حتى يشعر بمسئوليته عن تنفيذها وبأهمية دوره فى الادارة والمشاركة فى إنجاحها .

* أن تعمل أجهزة الحكومة على انهاء معظم المنازعات المطروحة على القضاء الادارى أو التى فى سبيلها اليه فيما بينها وبين موظفيها حتى يتفرغ الموظف لعمله ولايحمل بنفقات التقاضى ، ويمكن فى هذا الصدد الزام جهة الادارة فى حالة صدور حكم بصدد حالة معينة بإعمال هذا الحكم فى شأن كافة الحالات الأخرى المماثلة دون اجبار كل موظف تتماثل حالته مع الحالة السابقة باستصدار حكم خاص به .

* ترسيخ المبادىء الاخلاقية فى نظم الخدمة المدنية وتقوية الوازع الدينى والاخلاقى لدى الموظفين عن طريق وسائل الاعلام المختلفة وعقد الندوات بعثا للقيم والمبادىء والمفاهيم الصحيحة .

* القضاء على الضائع من وقت العمل الرسمى بشكل حاسم وجدى

ومن ذلك اتخاذ اللازم نحو تحريم الزيارات الخاصة التى تتم فى مواقع العمل ، ومعالجة ظاهرة عدم تواجد الموظفين فى مقار عملهم أثناء أوقات العمل الرسمية وتنظيم فتح الجمعيات الفئوية بعد انتهاء مواعيد العمل ، ومنع استخـــدام التليفونات الحكومية فى غير الأغراض المصلحية .

* تبصير المواطنين اعلاميا بنظم الخدمة من خلال برامج الاذاعة والتليفزيون عن طريق استضافة القيادات التنفيذية فى مواقع الخدمات الجماهيرية لشرح اجراءات انجاز تلك الخدمات ونفقات ذلك والمستندات المطلوبة وبدائلها وتبصير المواطنين كذلك بأحكام القانون فى شتى المجالات من خلال رجال القانون ليكونوا على بينة من أمرهم فيما يقدمون عليه من تصرفات .

* وضع برنامج زمنى للاصلاح الادارى على مستوى الوزارات والمصالح بدءا بتلك التى لها اتصال مباشر بالمواطنين لتطوير اسلوب توصيل الخدمة على نحو أفضل .

* ضرورة مراجعة نظم تقييم الاداء فى الجهات الحكومية المختلفة وتحديد المعايير التى على ضوئها يقاس أداء الموظف . على أن تكون هناك معايير خاصة بكل جهة حكومية حسب طبيعة نشاطها .

* الدقة فى اختيار القيادات على أساس موضوعى بعيدا عن الاعتبارات الشخصية ليكونوا قدوة حسنة ونماذج طيبة أمام العاملين .

* زيادة نطاق التفويض فى الاختصاصات والسلطات .

* اعداد دليل مبسط لاجراءات العمل الخاصة بكل جهة وتثبيته فى اماكن ظاهرة أوطبعه ووضعه فى متناول أيدى المواطنين .

* نزول القيادات العليا والوسطى الى ميدان العمل لمتابعة الادارة المباشرة لتنمية قدراتها لحل المشاكل أو المعوقات أولا بأول ولتطوير أسلوب توصيل الخدمة على نحو أفضل وأسرع ولدفع العمل بروح الفريق والتفاعل الموضوعى مع المواطنين واستطلاع رأيهم بين الحين والآخر فى مدى قدرة المرفق على القيام بواجبه نحوهم ، ونسبة النجاح فى ذلك .

* الاهتمام بأن يكون التعليم - بعد المرحلة الأساسية - متمشيا مع الاحتياجات الفعلية للتخصصات اللازمة لتنفيذ الخطة العامة للدولة .

واشتراط التدريب والنجاح فيه للمعينين الجدد ، ومعالجة النقص فى برامج التدريب بالنسبة للقدامى مع تطويرها وجعلها شرطا للترقية لتكتسب صفة الجدية .

* ايجاد منهج علمى لقياس معدلات الانتاج قياسا حقيقيا يطابق الواقع بحيث يمكن الأخذ بنتائجه والتعويل عليها مع دعوة النقابات للمشاركة بدورها فى حث أعضائها على زيادة الانتاج ورفع مستواه .

فى مجال مشاكل اقتصاديات الخدمة المدنية :

* مراجعة الأجور والمرتبات بالنسبة لكافة مستويات الخدمة المدنية وصولا الى وضع نظام لترتيب وتوصيف الوظائف يربط الأجر بصورة واقعية بمسئوليات الوظيفة من ناحية ويراعى متغيرات مستوى المعيشة من ناحية أخرى .

وهذا يقتضى أولا إجراء مراجعة شاملة لنظام توصيف الوظائف والأسلوب الذى اتبع بالفعل فى التوصيف وتقييمه من مختلف جوانبه .

* اعادة النظر فى سياسة تعيين الخريجين بحيث يتم تعيين المتفوقين منهم أولا من خلال مسابقات تحريرية وفى حدود الاحتياجات الفعلية والمهارات المطلوبة للتخصصات المختلفة ، أما بالنسبة لفائض الخريجين فيتم تعيينهم على الوظائف المختلفة لسد العجز فيها بعد اعدادهم لشغلها عن طريق تدريب تحويلى لمن يرغب منهم فى ذلك

فى مجال استراتيجية التطوير والاصلاح :

* ضرورة استطلاع آراء مجتمع الخدمة المدنية بقدر الامكان فى مقترحات التطوير والاصلاح والحصول على أقصى مايمكن من مساندة من ذلك المجتمع عند تطبيق أى مقترحات للتطوير أو الاصلاح وعدم الاكتفاء بآراء الخبراء والاستشارين فقط .

* ضرورة اشتراك معظم وحدات الخدمة المدنية فى الاشراف على

تنفيذ وتطوير سياسات الخدمة المدنية من خلال تمثيلها فى مجلس الخدمة المدنية المقترح ومن خلال تدعيم الأجهزة القومية للمعلومات والرقابة لتكون أدوات فعالة لنشر المعلومات ، ومعاونة الوحدات التنفيذية للخدمة المدنية على تصحيح الاخطاء أولا بأول .

* استطلاع آراء المواطنين ونقاباتهم وروابطهم المختلفة المتعاملة مع الادارة للتعرف على أوجه القصور فى أساليب توصيل الخدمة خصوصا فى مجالات الخدمات .

فى مجال تطوير أساليب العمل :

* التوسع فى انشاء مجمعات المصالح توفيرا للجهد واختصارا للوقت واقتصادا للنفقات ولتحقيق الاشراف الفعلى للرؤساء .

* انشاء شركات خدمات فى القطاع العام والخاص للوزارات والمصالح تكون مهمتها توفير الأماكن المناسبة للعمل وتجهيزهابوسائل الراحة والقيام باعمال الصيانة والنظافة .

* وضع برنامج زمنى لنقل بعض الوزارات والمصالح الى المدن الجديدة على أن تصمم مبانيها على نحو يوفر المكان الملائم للعمل ، وأن يلحق بها المساكن اللازمة للموظفين وعائلاتهم بما تحتاجه هذه المجتمعات الجديدة من مرافق .

* الاهتمام الكامل من قبل الدولة بالاسكان الادارى لأجهزة الدولة وتبسيط أماكن العمل وعدم ازدحامها بالأثاث ، أو الموظفين ، وتخصيص أماكن فسيحة لمعاملات الجمهور مع مراعاة الأخذ بنظم ازالة الفواصل الحائطية للغرف وجعل مكاتب الموظفين فى صالات كبيرة مكشوفة - أسوة بنظام البنوك لتمكين الرئيس من السيطرة على مرؤوسيه والقضاء على المعوقات بشكل فورى .

* العمل على تحسين ظروف العمل بالحكومة واطالة الفترة المخصصة لخدمة الجماهير بحيث تستوعب أكبر قدر من المتعاملين .

* تطوير نظم المعلومات الادارية بما يخدم الخدمة المدنية ويحقق أهدافها وتطوير ادارات الحفظ والأرشيف بالوسائل الحديثة ، وتغيير أوضاعها التنظيمية وأوضاع العاملين فيها ، وضرورة الاعتماد على الأجهزة المختصة فى الدولة لتصميم نظم المعلومات وكيفية نشرها ومراجعتها وتحديثها .

مشكلة الفقدان فى القوى العاملة

يعتبر الاهتمام بالقوى العاملة البشرية هدفا استراتيجيا فى السياسة العامة للتنمية وبناء المجتمع واستثمار حقيقيا لأهم عناصر الانتاج ، وبقدر الاهتمام بالتخطيط وتنمية ورعاية القوى البشرية ، تكون مشاركتها فى الانتاج والخدمات ، مما يتعكس أثره عل التقدم الحضارى المنشود فى المجتمع وخاصة اذا اتخذت الوسائل الفعالة لتجنب الفقدان فى هذه القوى العاملة والذى يؤدى الى آثار سلبية تؤثرعلى الكفاية الانتاجية ، ومن ثم على الموقف الاقتصادى لكل مرافق الدولة .

ومع تعدد تعريفات " الفقدان " فانها تخلص بوجه عام فى عدم الاستخدام الأمثل للقوى العاملة المتاحة والمتوقعة .

وتستهدف هذه الدراسة مواجهة مشكلة الفقدان فى القوى البشرية وأسبابه ، مع اقتراح العلاج الواجب لهذه المشكلة التى تظهر آثارها فى العديد من المرافق .

حصر القوى البشرية

تشمل القوى البشرية جميع أفراد المجتمع القادرين على العمل فيما عدا صغار السن الأقل من ٢١ سنة وكبار السن فوق ٦٥ سنة ، ماداموا لايمارسون أعمالا منتجة وكذلك العاجزين عن العمل . وبذلك تنقسم القوى البشرية الى قسمين الأول من هم داخل قوة العمل ، والثانى من هم خارج قوة العمل .

قوة العمل :

وتشمل المشتغلين الذين يعملون لحسابهم والذين يعملون بأجر والذين يعملون لحساب الأسرة بدون أجر ، وأصحاب الأعمال الذين يديرونها ويستخدمون عمالا . كما تشمل أيضا المتعطلين وهم القادرون ويبحثون عن عمل من سن ١٢ سنة الى أقل من ٦٥ سنة والذين سبق لهم العمل أو الداخلون الجدد فى قوة العمل .

خارج قوة العمل :

وتشمل الطلبة وربات البيوت المتفرغات للأعمال المنزلية ، والزاهدين فى العمل والمتقاعدين أو بالمعاش الذين لاتتجاوز أعمارهم ٦٥ سنة والموقوفين عن العمل مؤقتا أو لأجل غير مسمى أو نزلاء مؤسسات الخدمات العامة كالمصحات والمستشفيات والسجون .

القوى البشرية العاملة :

وطبقا للبيانات المتاحة ، يتضح أن نسبة القوى البشرية الى عدد السكان تبلغ حوالى ٦٦.٨٪ ، وأن نسبة القوى العاملة الى عدد السكان تبلغ حوالى ٢٦.٣٪ ، والباقى وقدره ٧٣.٧٪ من عدد السكان لايدخل ضمن القوى العاملة ، وذلك تبعا لاحصاءات مايو ١٩٨٢ وتشير البيانات الاحصائية الصادرة فى أكتوبر ١٩٨٥ ، الى أن عدد سكان مصر يقدر بحوالى ٤٩مليون نسمة ، منهم حوالى ٢٤.٨ مليون من الذكور ، و٢٤.٢ مليون من الاناث ، وبناء على نسب العمالة التى تحددت فى بحث العمالة بالعينة فى مايو ١٩٨٢ فانه يمكن القول بأن القوى العاملة فى أكتوبر ١٩٨٥ تبلغ حوالى ١٣ مليون عامل .

فاذا طبقنا نسب التوزيع ، على هذا الاساس حسب القطاعات ، فتكون النتيجة كمايلى :

القطاع الحكومى ٢٠٪ أى حوالى ٢.٦ مليون عامل .

القطاع العام ١١.٦ ٪ أى حوالى ١.٥٪ مليون عامل .

القطاع الخاص ٦١.٣٪ أى حوالى ٨.٠ مليون عامل .

قطاعات أخرى ٧.١٪ أى حوالى ٠.٩ مليون عامل .

الجملة ١٣مليون عامل .

أما احصاء القوى العاملة حتى ١٩٨٢ فيشير الى مايأتى :

. توزيع القوى العاملة حسب النوع : يتضح منه أن نسبة مساهمة الاناث فى القوى العاملة تبلغ حوالى ١٩.١٪ ، بينما تبلغ نسبة الذكور فى القوى العاملة ٩٠.٧٪ .

. توزيع القوى العاملة حسب النوع والحالة التعليمية . ويتضح منه أن نصف القوى العاملة من الأميين .

. توزيع القوى العاملة حسب النوع وأقسام المهن : ويتضح منه أن العاملين فى الزراعة وفروعها يمثل عددهم أكبر نسبة بين المهن الأخرى ، اذ تصل الى حوالى ٣٦.١٪ من اجمالى عدد العاملين ، وأن عمال الانتاج تبلغ نسبتهم حوالى ٢٣.١٪ .

. توزيع القوى العاملة حسب النوع وحسب أقسام النشاط الاقتصادى : ويتضح منه أن عمال الخدمات تصل نسبتها الى حوالى ٢٠.١٪ .

ويتضح من هذه البيانات الحقائق الآتية :

– أن معدل الاعالة بنسبة ٣ : ١ . وهذا يعنى أن كل فرد من أفراد القوى العاملة يقوم باعالة ثلاثة من الأفراد الذين هم من خارج القوى العاملة .

– أن الاستفادة من القوى العاملة ليست هى الاستفادة المثلى بالرغم من أن بلادنا يمكن أن تتسع فيها فرص الزراعة (الأرض المنزرعة تمثل حوالى ٤٪ فقط من مساحة أرض الجمهورية) وفرص الصناعات المنتجة

والتى يمكن تصديرها للخارج .

-أن نسبة كبيرة من القوى العاملة ، تقدر بحوالى ٣٢٪ ، تعمل فى القطاع الحكومى والقطاع العام ، أى فى مواقع يمكن للحكومة تشكيلها بالأسلوب الذى يمكن اطلاق كافة امكاناتها والتغلب على معوقاتها .

عناصر الفقدان فى القوى البشرية

يتمثل الفقدان فى القوى البشرية ، وبالتالى فى القوى العاملة ، فى العمالة القادرة على العمل ولكنها لاتعمل ، أو لاتؤدى عملا بالقدر الواجب أن تؤديه ، من حيث الكفاءة ومن حيث ساعات العمل ، وأهم عناصر هذا الفقدان تتمثل فيما يلى :

(١) البطالة :

وهى تعنى عدم وجود توازن بين قوى العمل المتاحة ، وبين فرص العمل التى تحققها برامج ومشروعات التنمية فالدول التى تعانى فائضا سكانيا متزايدا من شأنه الاستمرار فى الضغط على مواردها المحدودة ، والعمل على تفاقم ظاهرة البطالة الجزئية ، أو كما تسمى أحيانا " عجز الاستخدام "

ولقد صنف الاقتصاديون البطالة فى مجموعات مختلفة أبرزها البطالة المقنعة والبطالة الظاهرة :

البطالة المقنعة :

وتشمل أنواعا كثيرة متعددة المظاهر منها :

. العمالة التى تتقاضى أجرا ولاتعطى انتاجا يناسب هذا الأجر

. العامل الذى يؤدى عملا ويمكن له أن ينتج فى مواقع أخرى انتاجا أكثر وفاء باحتياجاته الشخصية وأكثر مساهمة فى التنمية القومية .

. العاملون الذين تتركهم الادارة فترة من الوقت بدون اسناد أعمال كافية اليهم ، ويحدث هذا غالبا عند بدء التحاقهم بالعمل

وبينما يبدو أن الفاقد فى هذه الحالات هو فى الأجور فقط فان الواقع يؤكد أن البطالة المقنعة يمتد أثرها الضار الى مجالات أخرى كثيرة .

. الخريجون الذين يعينون فى مواقع لاتناسب مؤهلاتهم ، أو الارتباط بتعيينهم فى محافظاتهم دون النظر الى حاجة العمل الفعلية اليهم .

. العمالة الموسمية ، مثل بعض المهن فى قطاع التشييد والبناء وبعض عمال الزراعة .

ونتيجة للبطالة المقنعة يوجد فائض فى القوى العاملة فى بعض المهن وفى نفس الوقت يوجد عجز فى مهن أخرى وقد أجريت دراسة عن هذه الظاهرة بمحافظة الجيزة ، فى مارس ١٩٨٣ لمعالجة الفائض والعجز فى القوى العاملة ، وذلك بتحديد المقررات الوظيفية لوحدات الحكم المحلى على اختلاف مستوياتها . وقد أسفرت هذه الدراسة عن وجود فائض وعجز بمختلف المجموعات النوعية بهذه الوحدات والمديريات . ويوضح الجدول الآتى نتيجة هذه الدراسة ، بالنسبة للفائض والعجز ، موزعا على التخصصات الوظيفية المختلفة :

المجموعة النوعية	الفائض	العجز
مجموعة الادارة العليا	–	٢٣
مجموعة الوظائف التخصصية	١٩٣٧	٢٩٧٧
مجموعة الوظائف الفنية	٢٤٧٥	٢٨٢٢
مجموعة الوظائف المكتبية	١٦٣٦	–
مجموعة الوظائف الحرفية	٨٢١	١١٧٢
وظائف الخدمات المعاونة	٣٢٤	–
اجمالى الوظائف	٧١٩٣	٦٩٩٤

وقد أوضحت الدراسة أنه يلزم الاستفادة من فائض العمالة بالمديريات المختلفة ، والذى يمثل بطالة مقنعة ، وذلك بتدريبه بحيث يمكن سد العجز فى المجموعات الوظيفية التى بها عجز ، واذا لم يتيسر ذلك فى محافظة واحدة فانه يمكن تسوية الفائض والعجز بين المحافظات وأيضا مع دواوين الوزارات المختلفة .

البطالة الظاهرة :

وتتمثل فى المتعطلين الذين لايؤدون أعمالا وهم قادرون على

العمـــل ، وأكبر مثل على هذا ظاهرة الخريجين الذين ينتظرون عدة سنوات حتى يتم تعيينهم وبعد اتمام التعيين يتحول عدد منهم الى بطالة مقنعة .

ومن واقع بحث العمالة بالعينة الذى صدر فى مايو ١٩٨٢ عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء يتضح أن اجمالى عدد المتعطلين فى جمهورية مصر العربية بلغ خلال العام المذكور حوالى ٦٠٦٢٠٠ متعطل ، منهم ٦٦٪ من الذكور والباقى منهم من الاناث كما أن ٦٣٪ من المتعطلين موزعون بالحضر ، والباقى وقدره ٣٧٪ موزعون بالريف .

٢) الفقدان فى أيام العمل :

لاشك أن انقطاع العامل عن عمله له تأثير مباشر علـى الانتـاج ويحدث الانقطاع لأسباب كثيرة أهمها : الامراض بصورها المختلفة ، وكذلك اصابات العمل ، وغير ذلك من الأسباب .

والعرض التالى يتناول الصور المختلفة للانقطاع عن العمل بسبب الأمراض ، مأخوذا من احصائيات وزارة القوى العاملة عن عام ١٩٨٤ للمنشآت التى بها مائة عامل فأكثر وهى آخر احصائية أمكن الوصول اليها .

الانقطاع بسبب الأمراض العادية :

بلغت الحالات المرضية عن عام ١٩٨٤ حوالى ٥.١٣ مليون حالة ىذلك من اجمالى العمالة بهذه المنشآت ، والتى تبلغ حوالى ١.٢ مليون ، عامل وبذلك يكون المعدل هو ٤٤٢٤ حالة مرضية لكل ألف عامل وقد ترتب على ذلك منح اجازات مرضية خلال هذا العام قدرها ٥.٧٢ مليون يوم أى بمعدل يوم لكل عامل فى هذه المنشآت .

الانقطاع بسبب الأمراض المزمنة :

وبيان هذه الأمراض موضح بقرار وزير الصحة رقم ٦٩٥ لسنة ١٩٨٤ وذلك تنفيذا للمادة ٥١ من القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، باصدار قانون العمل ، وقد بلغت حالات الأمراض المزمنة خلال عام ١٩٨٤ حوالى ٧٤ ألف حالة أى بمعدل ٦٣.٨ ٪ حالة لكل ألف عامل .

وترتب على ذلك منح أجازات مرضية قدرها ٢و١ مليون ، بذلك يكون متوسط ايام الانقطاع للحالة الواحدة ١٦.٣ يوم .

الانقطاع بسبب الأمراض المهنية :

ويقصد بالأمراض المهنية الأمراض التى تصيب العمال نتيجة لمزاولة المهنة والتعرض للظروف الخاصة بها ، وهى موضحة بملحق قانون التأمينات الاجتماعية وتعديلاته ، وقد بلغت جملة حالات الأمراض المهنية ٢٥٣٧ حالة ، تسبب عنها انقطاع عن العمل قدره ٨٣٧١ يوما خلال عام ١٩٨٤ ، مع ملاحظة أن هذه الأمراض قد تم حصرها فى ١١٥ منشأة يبلغ عدد عمالها ٢١٥٦٩٠ عاملا ، وذلك من إجمالى عدد المنشآت البالغ ١٤٥٤ منشأة ، تحتوى على ١.٢ مليون عامل . ومن المحتمل أن يكون هناك نقص فى التبليغ عن حالات أخرى من الأمراض المهنية .

الانقطاع بسبب اصابات العمل :

ويقصد بها الإصابات التى تحدث أثناء العمل أو بسببه ، ويدخل ضمن ذلك الاصابات التى تحدث للعامل فى الطريق أثناء ذهابه أو عودته من العمل ، وقد بلغت جملة اصابات العمل خلال عام ١٩٨٤ حوالى ٦٢١٣٩ حالة ، بين العمال البالغ عددهم ١.٢ مليون عامل ، أى بمعدل ٥٤.٤ حالة لكل ألف عامل ، وترتب على ذلك حصول العمال المصابين على اجازات مدتها ١.١ مليون يوم ، أى بمتوسط ١٦.٨ يوم لكل مصـاب .

الفقدان بسبب الأمراض المتوطنة :

وأهم هذه الأمراض مرض البلهارسيا لسعة انتشاره وخطورة آثاره وانهاكه للقوى واضعافه لقدرة الفرد على العمل . ويتحمل قطاع الانتاج الزراعى العبء الأكثر من الفاقد الاقتصادى نتيجة لاصابة القوى العاملة بهذا المرض ، بسبب سعة انتشاره فى الريف .

ويبلغ عدد المصابين بهذا المرض ، من واقع احصائيات وزارة الصحة ، حوالى ٥٠٪ من جملة العاملين بالإنتاج الزراعى ، كما تبلغ

نسبة الفاقد فى القوى البشرية نتيجة الاصابة بهذا المرض حوالى ٢٥٪ من قدرة الانسان الكلية ، تصل نسبة الفاقد فى الانتاج الزراعى الى ١٢،٥٪

وبذلك يمكن حساب الفاقد الاقتصادى فى الانتاج الزراعى نتيجة العوامل البشرية كمايلى :

٢٥٪ × ١٢،٥٪ = ٣١٢،٥٪

وتشير احصاءات عام ٦٩ / ٧٠ الى أن حجم الانتاج الزراعى عن هذا العام بلغ حوالى ١٠٧٥،١ مليون جنيه وبذلك يكون :

حجم الفاقد فى الانتاج الزراعى = ٢٤،٧ مليون جنيه

حجم الفاقد فى القطاعات الاخرى = ١٠،٦ مليون جنيه

المنصرف على العلاج من هذا المرض = ٢،٨ مليون جنيه

الاجمالى = ٤٨،١ مليون جنيه

ومن ثم يكون اجمالى ماخسرته البلاد بسبب مرض البلهارسيا وحده ، خلال عام ١٩٧٠ ، حوالى ٤٨،١مليون جنيه .

ومما سبق عرضه عن أيام الانقطاع بسبب الأمراض والاصابة ، يمكن تجميع هذه الأيام وحساب تكلفتها وبالتالى الفقدان فى الانتاجية نتيجة لها على نحو ماهو موضح فى الجدول الوارد فى الصفحة التاليـة .

ويتبين من هذا الجدول أن جملة أيام الانقطاع ، فى المنشآت التى تزيد العمالة فيها عن مائة عامل ، تبلغ حوالى ٨ مليون يوم ، ويمكن أن يصل هذا الرقم الى الضعف فى انحاء الجمهورية .

وبالاضافة الى ذلك فان الأيام الضائعة بسبب حالات الوفيات التى تحدث عن اصابات العمل – تبلغ حوالى ٢٣٠ حالة فى السنة – تقدر بحوالى ١،٣٨٠٠٠٠ يوم فى السنة على أساس اتخاذ ٦٠٠٠ يوم كمعدل للأيام الضائعة لكل حالة وفاة وبذلك تقدر المبالغ الضائعة نتيجة الوفاة باصابات العمل ، بحوالى ٣،٩٣٢٠٠٠ جنيه كما أن إجمالى المبالغ الضائعة نتيجة أيام الغياب – بسبب المرض العادى والمهنى والمزمن واصابات العمل والوفاة نتيجة اصابات العمل مضافا اليها الفقدان نتيجة الأمراض المتوطنة – تقدر بما يزيد على مائة مليون جنيه عن عام واحد (١٩٨٤) .

فترة التواجد بمكان العمل :

يستفاد من الواقع الراهن ، أن الكثير من مواقع العمل لا يراعى فيها التخطيط العلمى السليم لتوزيع مناطق العمل والادارات المشرفة عليها ، اذ توجد بعض المصانع والشركات خارج المدن مثلا ، بينما اداراتها الفنية أو الادارية المالية توجد بوسط المدينة ، مما يؤدى الى ضياع جانب من الوقت بين وصول العامل الى المصنع وبين وقت تواجده فى موقع عمله وقد يحدث ذلك أيضا عند الانصراف وقد يترك العامل مكان العمل ، لأسباب مختلفة ويترتب على ذلك ضياع جزء من وقت العمل بالإضافة الى ضياع جزء من وقت استخدام الآلات والعمالـة المساعـــدة .

كما أن بعد مكان الأجهزة الادارية المتعاملة مع العامل أو عدم وجود ممثلين لها فى الموقع ، قد يؤدى الى ضياع الوقت أثناء فترة انتقال العامل الى هذه الجهات لمختلف الأسباب .

الاسراف فى الأجازات والعطلات :

يعتبر عدد أيام الاجازات الرسمية والاجازات الدينية فى مصر من أعلى المعدلات اذا قورن بالدول الأخرى ، والذى يلاحظ أنه فى حالة ماتصادف العطلة يوم الجمعة فانها تستبدل بيوم تال ، رغم أن هذا الاجراء يؤدى الى المزيد من الفقدان فى ساعات العمل بالاضافة الى أن حاجة العمل للتشغيل فى أيام العطلات يزيد من نسبة الأجور فى الأيام العادية ممايؤدى الى زيادة تكلفة الانتاج

ومما تجدر الاشارة اليه ، أن زيادة أيام العطلة الاسبوعية الى يومين بدلا من يوم واحد ، مع زيادة ساعات العمل اليومية فى أيام الأسبوع لم يؤد الى حل ملموس المشكلة المواصلات ، أو الى زيادة الانتاج فى باقى ايام الاسبوع برغم زيادة ساعـــات العمـــل فـــى

الفقدان بسبب الأمراض والاصابات – عام ١٩٨٤

الأمراض	أيام الانقطاع فى ١٤٥٤ منشأة	أيام الانقطاع فى أنحاء الجمهورية	المبالغ الضائعة نتيجة الانقطاع
الأمراض العادية	٥٧٢٠٢٦٨	١١٤٤٠٥٣٦	٣٥٥٨٧٨٨٩
الأمراض المزمنة	١٢٠٢٨٩٠	٢٤٠٥٧٨٠	٣٩٣٥٨٧٦
الأمراض المهنية	٨٧٣١	١٧٤٦٢	٢٨٥٦٨
اصابات العمل	١٠٦٢٩١٣	٢٣٢٥٨٢٦	٩٠١٧٢٢٧
الأمراض المتوطنة			٤٨١٠٠٠٠٠
اجمالـــــى	٧٩٩٤٨٠٢	١٦١٨٩٦٠٤	٩٦٦٦٩٥٦٠

هذه الأيام .

الفقدان نتيجة الساعات الضائعة فى المواصلات :

يؤخذ من تقرير رسمى عن وسائل النقل بالقاهرة الكبرى ، وجود فقدان فى جزء من ساعات العمل اليومية للقوى العاملة التى تستعمل المواصلات عند تأخرها أو تعطلها ويتضح من هذا التقرير مايلى :

– أن معدل التحرك فى القاهرة الكبرى يقدر بحوالى ٠.٩ رحلة / يوم ، لكل مواطن ، لذا فان عدد الرحلات اليومية داخل القاهرة الكبرى يبلغ حوالى تسعة مليون رحلة يوميا ، باعتبار أن تعداد سكان القاهرة الكبرى حوالى عشرة ملايين نسمة .

– وباعتبار أن عدد الرحلات عن طريق وسائل النقل العام يقدر بحوالى ٥٥٪ من اجمالى عدد الرحلات اليومية أى حوالى خمسة ملايين رحلة يوميا بنسبة ٢٦٪ تقريبا ، يخص القوى العاملة منها ١.٥ مليون رحلة يوميا .

. لذلك فان كل نصف ساعة من التأخير فى وسائل النقل العام عن المواعيد الرسمية يؤدى الى فقدان فى ساعات العمل قدره ١.٢٥ مليون ساعة

. فاذا اعتبرنا أن متوسط قيمة ساعة العمل هو حوالى ٠.٤ جنيه فيكون الفقدان اليومى فى الانتاج بمنطقة القاهرة الكبرى حوالى نصف مليون جنيه فى المتوسط ، أى حوالى ١٨٠ مليون جنيه فى العام الواحد ، وذلك بجانب الفقدان فى الوقود والاستهلاك بالنسبة لوسائل المواصلات وتعطيل المعدات .

. فاذا علمنا أن وسائل المواصلات تتأخر أكثر من نصف ساعة ، فى بعض الأحوال ، لاتضح مدى الجهد البشرى الضائع نتيجة لتأخر المواصلات .

(٣) الفقدان فى التدريب :

أجريت دراسة ميدانية على ٥٢ مركز تدريب فى مختلف قطاعات الدولة التى تقوم بالعملية التدريبية وقد نشرت هذه الدراسة فى يونيو عام ١٩٨٤ ، ويتضح منها مايأتى : –

– أن هناك فقدانا كبيرا فى امكانات ومراكز التدريب القائمة حاليا ، ومن أهم أسبابه عدم كفاية عدد الملتحقين بالتدريب ، مقارنة بالسعة التدريبية لكل مركز تدريبى حيث لا تتعدى نسبة الاستفادة من السعة التدريبية فى مختلف المجالات ٥٦.٦ ٪ كما هو موضوح بالجدول التالى ، مما يضيع فرص التدريب لعمالة الزائدة أو البطالة المقنعة أو البطالة الظاهرة أو التدريب التحويلى ، وبالتالى يؤدى ذلك الى فقدان القوى العاملة المدربة .

القطاع	عدد المراكز	السعة	عدد الملتحقين	نسبة الاستفادة
قطاع الصناعة	١٢	٢٤١٢	١٨٧٤	٪ ٧٧.٧
،، التشييد	١٣	٣٢٨٠	١٧٣٣	٪٥٢.٨
،، النقل	–	–	–	–
،، الكهرباء	١	٢١٥	١٧٠	٧٩.١
،، الشئون الاجتماعية	١٠	١٩٧٠	٧٨٧	٪٣٩.٩
،، القوى العاملة	٣	٥٧٥	٣٠٢	٪٥٢.٥
،، الصحة	١	١٨٠	١٦	٪٨.٩
الاجمالى	٤٠	٨٦٣٢	٤٨٨٢	٪٥٦.٦

– ان مقارنة الكوادر الوظيفية ، طبقا للتنظيم المخطط والموقف الحالى ، أسفرت عن وجود عجز فى الكوادر الفنية بمراكز التدريب و فى نفس الوقت وجود فائض فى العمالة العادية. و قد درس هذا المؤشر من خلال استقراء البيانات على مستوى القطاع والمركز وفئات الهيكل الوظيفى .

– ان بعض المراكز يوجد بها فائض فى بعض الفئات وعجز فى فئات أخرى ، ومن الصعب ايجاد قدر من التوازن بين هذه المراكز فى

القطاع الواحد ، نظرا لوقوعها فى محافظات مختلفة ، وما لذلك من علاقة بالسكن ، وايضا بسبب اختلاف مجالات التدريب .

– أن أوضاع هيئات التدريس والتدريب والمدربين خاصة ، تؤكد ما يلى :

× وجود عجز فى المدربين ، مما يؤثر على مستوى التدريب وتأهيل المتدربين .

× زيادة نصاب المدرب من المتدربين .

× عدم كفاءة المدرب ، لعدم وجود معاهد كافية لتدريب المدربين .

× عدم مناسبة برامج التدريب وعدم كفاءة تنفيذها ، كما أن هذه البرامج لا تواكب التطور التكنولوجى العالمى .

(٤) الفقدان نتيجة ظروف العمل :

يفقد العامل جزءا من طاقته الانتاجية ، اذا وجد فى ظروف غير صحية أو غير مناسبة مثل : ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها ، أو عدم كفاية الضوء أو شدته ، أو ارتفاع نسبة الرطوبة ، أو كثرة الأدخنة المختلفة كما هو الحال فى مصانع الأسمنت ، الى غير ذلك من الظروف التى تؤثر على كفاية أداء القوى العاملة ، مما يستدعى ضرورة توفير المناخ الملائم طوال وقت العمل ، حفاظا على الطاقة الانتاجية ومن ذلك على سبيل المثال :

– إعداد مكان العمل بشكل يمكن من تجديد التهوية والاضاءة الطبيعية .

– تزويد العمال بأغطية خاصة بالاذن – ما لم يتعارض مع حسن سير العمال – حماية لهم من آثار الضوضاء .

– ايجاد أجهزة لامتصاص الأتربة والغازات الناتجة من العمليات الصناعية ، لما لها من اثر سيئ على صحة العمال .

– تزويد العمال بما يقى وجوههم من الذرات المتطايرة ، وتزويد عمال الأفران بنظارات قاتمه للوقاية من الوهج الشديد .

صيانة القوى البشرية

من المبادئ الأساسية لتخطيط القوى العاملة ، اتخاذ الوسائل والتدابير الخاصة بصيانة الموارد البشرية ، والحفاظ على المستوى الصحى للعمال ، ومن ثم قدرتهم الطبيعية على الانتاج طوال حياتهم العملية . وتتلخص هذه الوسائل فيما يلى :

– مكافحة الأمراض المتوطنة والقضاء عليها ، لما تحدثه من تأثير سيئ على القدرة الطبيعية للأفراد .

– ضمان ظروف العمل المعيشية الملائمة لارتفاع المستوى الصحـى للعاملين ، وكذلك السكن الصحى الملائـم ، والتغذية الكافية بوجه خاص .

– العمل على نقاء البيئة وحمايتها من التلوث .

– اتخاذ الاحتياطات اللازمة والتدابير الخاصة بالأمن الصناعى والسلامة المهنية والتى من شأنها حصر اصابات العمل والأمراض المهنية فى أدنى حد مستطاع .

– ادخال العنصر الوقائى فى الاعتبار ، سواء بالنسبة لتصميم النماذج الحديثة للآلات ، أو بالنسبة للتحسينات الفنية المستحدثة فى وسائل العمل وبهذا يمكن تجنب الأسباب الميكانيكية للحوادث عند المنبـع ، وحصرها فى أدنى حد مستطاع .

– رفع سن التشغيل الأدنى الى الحد الكفيل بمنع استخدام الأحداث فى سن مبكرة ، وهم لايزالون فى مرحلة النمو ، حفاظا على صحتهم وكفايتهم فى مراحل السن التالية . كما أن الصلاحية للتدريب على الأعمال الصناعية من حيث الاستعداد الطبيعى والأساس النظرى تقتضى الا يبدأ التدريب قبل سن ١٥ سنة . وقد اتخذت هذه السن كحد من أدنى لسن التشغيل فى اتفاقيات العمل الدولية بالنسبة للصناعة والعمل البحرى ، أما بالنسبة للزراعة والأعمال غير الصناعية فتخفض الاتفاقيات الحد الأدنى الى ١٤ سنة .

العمالة الأجنبية فى مصر والمنطقة العربية

تشهد المنطقة العربية ، بما فيها مصر ، تواجدا ملحوظا للعمالة الأجنبية بأسواق العمل بها ، مع اختلاف واضح فى معدلات تدفق هذه العمالة على سوق العمل المصرية ، ونظائرها بالبلاد العربية ، وخاصة الدول البترولية التى تتزايد فيها هذه المعدلات ، بينما تعتبر محدودة فى مصر اذا قيست بعدد السكان أو بمجموع القوى البشرية العاملة ، ويرجع ذلك الى أسباب متعددة من بينها :

- كثرة وتنوع الكوادر العاملة الفنية وغير الفنية بمصر ، فى كثير من التخصصات مع وفرة ملحوظة فى مجموعات القوى البشرية العاملة .
- قلة الأيدى العاملة المحلية فى كثير من البلاد العربية ، مع ندرتها فى تخصصات كثيرة .
- أن الكوادر الفنية فى هذه البلاد ، تعتبر فى دور التكوين والإعداد .
- أن ظروف تواجد العمالة الأجنبية فى مصر ، تختلف عن مثيلتها فى معظم البلاد العربية .

العمالة الأجنبية فى مصر

تاريخ تواجدها :

يرجع استقدام العمالة الأجنبية الى أوائل القرن التاسع عشر عند بداية تأسيس الدولة الحديثة فى مصر ، غير أنها كانت مرهونة ، حينذاك ، بكثير من الضوابط التى تحكمها حاجة البلاد ، واستقرار الحكم ، غير أن أوضاعها أخذت فى التغير فى النصف الثانى من ذلك القرن ، خاصة بعد التوسع فى الاستخدام للقروض الأجنبية ، ثم بلغ التغيير ذورته فى أعقاب الاحتلال الانجليزى عام ١٨٨٢ اذ تزايدت هذه العمالة فى كثير من المجالات ، ابتداء من أجهزة الحكم المحلى ، وحتى الفنادق والمقاهى ومحال البقالة .

ولم يكن لمصر فى هذا الوقت أى نوع من السيطرة على تدفق هذه العمالة الأجنبية الوافدة . على أن توافدها على مصر لم يكن شرا كله ، بل كان سببا لتدريب من عمل معهم من المصريين على مهن لم يكونوا على دراية ، بها فنشأت طبقة جديدة من المتعاملين فى مجالات عديدة كأعمال البنوك والتجارة والفندقة الى جانب عدد من الصناع فى مجالات متنوعة كالميكانيكا والكهرباء ، وأعمال البناء .

وفى مطلع عهد الاستقلال والتوسع فى التعليم والتدريب بدأ ظهور أعداد كبيرة من المصريين انتشرت فى مختلف أنواع النشاط الاقتصادى جنبا الى جنب مع العاملين من الأجانب المقيمين فى مصر . واستقروا بها وحصلوا على اقامات دائمة وكونوا الأسر بل أنشأوا لأبنائهم المدارس الخاصة كمدارس الجالية اليونانية والجالية الايطالية والفرنسية الى جانب الجالية البريطانية صاحبة المكانة الأولى فى مصر بحكم وضعها الاستعمارى .

ولم يشعر المصريون بخطورة أو منافسة هذه القوى العاملة الأجنبية الا بعد مرور حقبة طويلة من الزمن ، تخللتها حركات وطنية متتالية للتحرر السياسى والاقتصادى وفى نفس الوقت دخلت القوى العاملة المصرية مجالات الأنشطة الجديدة التى بدأها الأجانب وقت أن كان النشاط الرئيسى للمصريين هو الزراعة فقط ، وعندما تكونت الكوادر المختلفة من أبناء البلاد بدأ التفكير فى الحد من سيطرة العمالة الأجنبية على سوق العمل فى مصر .

وبصدور القوانين العمالية بعد الحرب العالمية الثانية بدأ التفكير فى عدم التصريح بوفود عمالة أجنبية جديدة الا بشروط تجعل لمصر نوعا من السيطرة فى هذا المجال وان كانت غير محكمة لأسباب عديدة .

أما فى الحكومة فقد بدأ انحسار المد الأجنبى بزوال عهد الضباط الأجانب فى الجيش والشرطة ثم التخلص من مهندسى الرى ومفتشى التعليم .

ولكن لم يتم نفس الاحلال بنفس الصورة فى مجالات البنوك والشركات الاقتصادية الا بعد فترة طويلة جاء ختامها مع قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ وصدور قرار تمصير البنوك وشركات التأمين الأجنبية .

وقد كان لصدور هذه القرارات أثر كبير دعا الأجانب المقيمين فى مصر الى التفكير فى مستقبل أولادهم حيث أصبح من المتعذر عليهم أن يجدوا الفرصة التى سبق أن وجدها آباؤهم فى مصر من قبل . ومن هنا نشأت حركة هجرة معاكسة لعدد كبير من الأجانب والمتمصرين الذين هاجروا الى دول لها نفس ظروف مصر السابقة مما يعطيهم الأمل فى أن يجدوا أعمالا تستوعبهم هم وأولادهم وبذلك انخفض عدد الأجانب فى مصر بشكل ملحوظ خاصة بعد ثورة يوليو ١٩٥٢ وبالذات بعد عدوان ٥٦ ثم تطبيق القرارات الاشتراكية عام ١٩٦١ .

ونتيجة للتطور الكبير فى مختلف تخصصات القوى العاملة المصرية وتكوين الكادرات الفنية فى مختلف نواحى الحياة أصبح هناك ضرورة حتمية للحد من تدفق العمالة الأجنبية على مصر حتى لاتزاحم القوى العاملة الوطنية ، لذلك تضمنت قوانين العمل منذ صدورها عام ٣٩ وماتلاها من تعديلات ، فصلا خاصا ينظم عملية اشتغال الأجانب فى مصر .

وقد صدر قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ليضع اللمسات الأخيرة فى تنظيم عملية اشتغال الأجانب فى مصر .

وقد أفرد فى هذا القانون الفصل الثالث لأسس هذا النظام .

وتنفيذا لأحكام قانون العمل ، صدر قرار وزير القوى العاملة رقم ٢٥ لسنة ١٩٨٢ فى شأن شروط الترخيص فى العمل للأجنبى ، تضمن عدة شروط تتصل بتنظيم منح التراخيص وسحبها، والتزام المؤسسات التى يصرح لها باستخدام الخبراء أو الفنيين الأجانب بهذا القرار ، من حيث عددهم ومزاحمتهم للمواطنين ، وغير ذلك .

وتجدر الاشارة الى أن أحكام قانون العمل الخاص بتنظيم عمل الأجانب فى مصر لاتنطبق الا على القطاعين الخاص والعام ، أما الحكومة والهيئات العامة فتنظم قوانين الاستخدام بها أسلوب التعاقد مع الأجانب الذين تستقدمهم كخبراء أو استشاريين ، وكذلك الأجانب الذين يحضرون للعمل مع بعض الهيئات القومية بناء على اتفاقيات مبرمة بين الحكومات وعلى سبيل المثال الفرنسيون العاملون فى مترو الأنفاق ، طبقا لاتفاق بين الهيئة القومية للأنفاق والحكومة الفرنسية .

ولا تظهر أعداد أو تخصصات هؤلاء الأجانب فى الاحصاءات التى تعدها وزارة القوى العاملة عن الأجانب العاملين فى القطاعين الخاص والعام .

واذا روعى الالتزام بتنفيذ هذه الضوابط باحكام لاعتبرنا أن العمالة الأجنبية فى مصر هذه الأيام لاتشكل أى خطورة على فرص العمل المتاحة للقوى العاملة المصرية .

ولكن لوحظ فى الفترة الأخيرة حالات تسرب تتم عن طريق استقدام المربيات الاسيويات ، أو عمال الزراعة والعمال العاديين ، من الآسيويين لمقابلة العجز الناتج عن العمالة المصرية المسافرة الى الدول العربية ، وارتفاع أجور العمال المصريين .

حجم الظاهرة وطبيعتها :

الحجم : بلغ عدد التراخيص التى أصدرتها وزارة القوى العاملة للعمالة الأجنبية للقطاع العام والخاص ٢٠ ألفا عن عام ١٩٨٣ ، وبالاضافة الى بيان التراخيص يوجد بيان آخر يعبر عن الظاهرة نفسها ولكن بشكل آخر . وهذا البيان هو الرصيد الخاص لهذه التراخيص ، ويعبر عن عدد التراخيص السارية المفعول فى نهاية السنة ، أى أنه يبين

التراكمات الموجودة فى تاريخ معين . وكان الرصيد فى نهاية ديسمبر ١٩٨٣ هو ١٨ ألفا فقط ، وهو رقم قريب من الرقم السابق عن عدد التراخيص . ويرجع الفرق الى أن جزءا من التراخيص الصادرة كانت لمدد أقل من سنة .

أما عن القطاع الحكومى والهيئات العامة فإن أحدث بيان متوافر حاليا هو عن عام ١٩٧٩ ، حيث بلغ العدد٣ آلاف فقط . وبذلك يمكن الاستنتاج بأن العمالة الأجنبية فى القطاعات المختلفة تبلغ حوالى ٢٣ ألفا فى عام ١٩٨٣ .

ولكن نظرا لوجود فئات مستثناة من عملية التراخيص – مثل :

• أعضاء السلك الدبلوماسى والقنصلى الأجنبى وكذلك الموظفين الاداريين الذين يعملون معهم .

• المعينين بموجب اتفاقيات دولية .

وبالاضافة الى احتمال وجود حالات من التهرب من اجراءات الترخيص – فقد تمت دراسة هذه الظاهرة عن طريق مقارنة بيان التراخيص أو الأرصدة الخاصة بها بالبيانات الخاصة بالعمالة الأجنبية المتوافرة من مصادر أخرى . وقد تبين أن تعداد السكان عن عام ١٩٧٦ هو أفضل المصادر للوفاء بالغرض المطلوب ، وقد أوضحت الدراسة مايلى :

– عدد العمالة الأجنبية ، من تعداد السكان ، فى ١٩٧٦ هـو ٢٨٤٦٥ .

– عدد التراخيص الصادرة للقطاع العام والخاص فى ١٩٧٦ هو ١٠١٠٨ .

– عدد الأرصدة من التراخيص فى ١٩٧٦/١٢/٣١ هو ٩٩٧٢.

– عدد الأجانب العاملين بالحكومة والهيئات العامة فى ١٩٧٦ هو ٢٤٢٥ .

– وبذلك يكون اجمالى العمالة الأجنبية فى كافة القطاعات ، باستخدام بيان التراخيص هو١٢٥٢٣ فقط عن عام ١٩٧٦.

– كما أن مجموع العمالة الأجنبية باستخدام بيان الأرصدة هو ١٢٣٩٧ عن عام ١٩٧٦ . وبمقارنة الرقمين الأخيرين برقم الأجانب المتوافر من التعداد وهو ٢٨٤٦٥ ، نجد أن :

• نسبة التراخيص الى العمالة الأجنبية فى التعداد = ٤٤.٠ ٪

• نسبة الأرصدة الى العمالة الأجنبية فى التعداد = ٤٣.٥٥ ٪

وبتعميم هذه النتائج عن عام ١٩٨٢ فانه يمكن الاستنتاج بأن العمالة الأجنبية ، فى عام ١٩٨٣ ، تتراوح مابين ٤٨ ألفا ،٥٢ ألفا .

تطور تشغيل العمالة الأجنبية :

يستفاد من بيانات تراخيص العمل للأجانب والأرصدة الخاصة بها ، على مدى الفترة من عام ٦٢/ ٦٣ الى عام ١٩٨٣ ، أن التراخيص مقسمة الى نوعين هما : التراخيص الممنوحة لأول مرة والتراخيص المجددة وتشير هذه البيانات الى مايلى :

– حدوث انخفاض مستمر تقريبا فى التراخيص بنوعيها منذ عام ٦٢/ ٦٣ حتى عام ١٩٧٣ .

– ارتفاع طفيف فى التراخيص الممنوحة لأول مرة عام ١٩٧٤ ، يليها ارتفاع كبير من ١٦٢٨ فى عام ٧٤ الى ٣٤٠٢ فى عام ١٩٧٥ .

– ارتفاع واضح ومستمر فى اجمالى التراخيص منذ عام ١٩٧٥ الى الآن .

الجنسيات :

يشتمل الجدول (أ) فى الصفحة التالية على التوزيع المئوى للأجانب ، وفقا لمجاميع الدول فى كل من جملة القطاع العام والخاص ، ثم الحكومة والهيئات العامة .

ويشير هذا الجدول الى الشكل العام للعمالة الأجنبية من حيث الجنسيات ومنه يتضح أن ما يقرب من نصف العمالة مصدرها أوربى (٥٧.٣٪ للقطاع العام والخاص ، ٤٧.٤ للحكومة والهيئات العامة) يلى ذلك عمالة الدول العربية ثم عمالة الدول الآسيوية ، أما عمالة الدول الأفريقية فليس لها وزن يذكر .

أما فيما يختص : بتفاصيل الجنسيات فيمكن ايجازها فيما يلى:

(أ)

التوزيع المئوى للأجانب وفقا لمجاميع الدول

مجاميع الدول	قطاع عام وخاص ١٩٨٣ ٪	حكومة وهيئات عامة ١٩٧٩ ٪	جملة ٪
دول عربية	١٥,٧	٢٢,٦	١٦,٧
دول أفريقية	٠,٢	٠,٩	٠,٣
دول أسيوية	١١,١	١٣,٥	١١,٤
دول أوربية	٥٧,٣	٤٧,٤	٥٥,٩
دول أمريكية واستراليا	١٤,٢	١٥,٥	١٤,٤
غير مبين	١,٥	٠,١	١,٣
جملـــة	٪١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠

(ب)

التوزيع المئوى لمهن العاملين الأجانب

الأقسام الرئيسية للمهن	قطاع عام وخاص ١٩٨٣	اجمالى القوى العاملة على المستوى القومى ١٩٨٣
أصحاب المهن الفنية والعلمية	٦٩,٤	١٠,٥
المديرون الاداريون ومديرو الأعمال	٧,٦	٢,٠
القائمون بالأعمال الكتابية ومن اليهم	١,٩	٨,١
القائمون بأعمال البيع	٨,٨	٦,٣
العاملون بالخدمات	٢,٧	٨,٤
العاملون فى الزراعة وتربية الحيوان	١,٥	٢٦,١
عمال الانتاج ومن اليهم وعمال تشغيل وسائل النقل .	٠,٨	٥,٥

مجموعة الدول العربية :

وتتصدرها الجنسية :

السورية (٧٤٠) ، يليها اللبنانية (٦٨٢) ، ثم الليبية (٥٢٦) ، ثم السودانية (٤٠٢) والأردنية (٤٠١) والفلسطينية (٣٨٢) .

مجموعة الدول الآسيوية :

تاتى الجنسية الكورية فى المقدمة (٦٩٨) ، ثم اليابانية (٤٣٤) ، ثم الفلبينية (٣١٢) ، والهندية (٢٣٩) ، والباكستانية (١٦٣) .

مجموعة الدول الأوربية :

والمرتبة الأولى فيها للجنسية البريطانية (٢٧٢٩) يليها الايطالية (٢٢٩٩) والفرنسية (١٥٩٩) ، ثم اليونانية (١٢٩٨) والألمانية الغربية (١١١٦) ، والروسية (٤٢٦) .

الأمريكتين :

وتنفرد الولايات المتحدة الأمريكية برقم متميز (٢٦٣٥) ، ويأتى بعدها بفارق كبير كندا (٢٦٢) .

التركيب المهنى :

يحتوى الجدول (ب) الوارد على الصفحة السابقة على التوزيع المئوى للاقسام الرئيسية للمهن للعاملين الأجانب بالقطاع العام والخاص فى عام ١٩٨٣ ، وكذلك لاجمالى القوى العاملة فى العام نفسه :

ويشير الجدول الى أن هناك ارتفاعا كبيرا فى نسبة المهن الفنية العلمية فقد بلغت ٩٦,٤٪ فى أرصدة العمالة الأجنبية فى القطاع الخاص والعام عن عام ١٩٨٣ ، فى حين أن النسبة المناظرة فى اجمالى القوى العاملة على المستوى القومى لم تتعد ١٠,٥٪ عام ١٩٨٢ . ومن جهة أخرى يلاحظ انخفاض شديد فى العمالة الزراعية الأجنبية ، اذ بلغت ١,٥ ٪ فقط فى حين أنها تصل الى ما لايقل عن ٣٦,١ ٪ على المستوى القومى .

وفيما يختص بتفاصيل هذه الأقسام الرئيسية للمهن فانها غيرمتوفرة من أرصدة العمالة الأجنبية ، ولكنها متاحة لاجمالى التراخيص التى تم اصدارها فى سنة واحدة ولذلك فقد تم الاعتماد على بيانات اجمالى التراخيص لاظهار التفاصيل المهنية .

أما توزيعات أبواب المهن – تبعا لتراخيص العمل الصادرة للأجانب فى عام ١٩٨٣ – فيتضح منها مايأتى :

أصحاب المهن الفنية والعلمية :

أهم أبواب المهن هى المهندسون (٦٧٦٩) ، الاخصائيون فى علم الطبيعة (٢٤٣٦) ، الطيارون وضباط ومهندسو السفن (١٨٠٤) ، المدرسون (١١٠٤) .

المديرون الاداريون ومديرو الأعمال : ومعظمهم من مديرى الأعمال (١٥١٨) .

ومعظمهم من أصحاب الأعمال الذين يعملون فيها (١٩٥٣) ، والذين لايشكلون منافسة للأيدى العاملة الوطنية .

العاملون بالخدمات :

أهم أبوابها العاملون فى رعاية ونظافة المبانى (١٨) ، ثم الطهاة والجرسونات (١٦٣) .

عمال الانتاج ومن اليهم وعمال تشغيل وسائل النقل :

وأهم أبواب هذه المهن هى عمال تركيب وصيانة واصلاح الآلات (٢٨٧) ، الملاحظون والمشرفون على الانتاج (١٩٥) ، عمال المناجم والمحاجر (١٩٤) ، عمال تركيب وإصلاح وصيانة المعدات الكهربائية (١٦٨) .

الآثار المترتبة على تشغيل العمالة الأجنبية :

لاتتيسر حتى الآن بيانات تفصيلية دقيقة عن أبعاد العمالة غير المصرية ومدى استخدامها فى قوة العمل المصرية حسب الأنشطة الاقتصادية ومستويات المهارة والتخصص ، وقد يكون ذلك بسبب عدم الاهتمام برصد كل ما يتعلق بالموارد البشرية فى مصر ، بل إن مؤشرات قوتها وضعفها ليست فى متناول الاحصاءات السائدة ومع ذلك فإن البيانات المتاحة تفصح عن بعض الدلالات منها :

– تزايد استخدام العماله الأجنبية فى الفترات الأخيرة .

– تتصف العماله الأجنبية الوافدة بخبرات متقدمة أغفلتها نظم التعليم والتدريـب الموجودة حاليـا والتى تخـرج أعدادا ضخمـة غير مطلوبة .

– سيظل سوق العمل المصرى – بوضعه الراهن – مجالا فسيحا لاستخدام الأجانب بسبب قصور قوة العمل المصرية عن التخصص فى المهن والتخصصات الحديثة أو لقلة الإعداد الفنى والمهنى لها .

– أن هنـاك هـجرة دائمـة الى الخـارج بين المستويات العاليـة من المهارة المصرية كناتج لمخطط استنزاف العقول الذى تحرص عليه الدول المتقدمة ، اذ تشعر الدول الصناعية بأن التنافس بينها الآن انما يعتمد على حشد المزيد من التخصصات العالية التى قد لاتجدها بصورة كافية بين شبابهـا ، لذلك فـانها تـعتمد فـى توفيـر القدر الكافى من هـذه التخصصــات على استنزاف العقـول والكفاءات بالدول الناميـة ومنها مصر .

هذا بالاضافة الى هجرة مؤقتة الى الدول العربية استنفدت الكثير من ذوى الخبرة من المصريين سواء من ذوى المهن الفنية والعلمية أو الحرفيين أصحاب المهارات العالية بل امتدت الهجرة المؤقتة أيضا الى العمالة الزراعية والعمالة غير الفنية .

وقد أدى كل ذلك الى ظهور العديد من الآثار الايجابية والسلبية التى ترتبت على تشغيل العمالة الأجنبية فى مصر ، من أهمها :

الآثار الاقتصادية : ويبرز من بينها عدة جوانب يخلص أهمها فيما يأتى :

سد الثغرة فى بعض المهن والتخصصات :

مما لاشك فيه أن قدوم العمالة الأجنبية الى مصر قد ساعد على سد النقص فى بعض المهن والتخصصات التى عجز سوق العمل المصرى عن توفيرهـا – خاصة بالنسبة الى الأعمال المرتبطة بدخول تكنولوجيات جديدة لم يتعود عليها السوق المصرى ، ولم يأخذ فى حسبانه تعليم وتدريب عمالة عليها .

وهذه الأعمال تتراوح مـابين الخبرات البحثية العالية فى جميع المجالات (كالطب – والهندسة – والعلوم – وغيرها) بالاضافة الى الخبرات العاملة فى مجال المال والاقتصاد ، وكذا المتعلقة بأساليب الادارة الحديثة – فضلا عن العمالة الفنية فى بعض المجالات المهنية على مستوى الملاحظين والعمال المهرة .

ويمكن أن نرى ذلك فى المشروعات الكبيرة ذات التكنولوجيا المرتفعة مثل مشروع مترو الانفاق والانشاءات فى مجال الفندقة والصناعة وغيرها ، حيث دخلت أساليب عمل جديدة ومعدات حديثة تحتاج الى خبرات عالية من الناحية الفنية وكذا من الناحية الادارية التى تضمن الارتفاع بانتاجية العمل واقتصادياته .

وهذا وتنص القرارات المنظمة لاصدار تصاريح عمل الأجانب على ألا يمنح التصريح الا للتخصصات التى يفتقر اليها سوق العمل المصرى حتى لايشكل ذلك مزاحمة للمصريين . غير أن ذلك يستلزم أن يكون لدى هذه الجهات قوائم بالمهن والتخصصات التى بها عجز بناء على معلومات متوافرة عن احتياجات السوق المصرى ومخرجات التعليم والتدريب وذلك من خلال خطة شاملة للعمالة والاقتصاد والتعليم والتدريب ، الأمر الذى لايتوفر الآن بصورة مرضية تضمن التعرف الأكيد على النقص فى المهن التى يمكن أن يسمح للأجانب بالعمل فيها بحيث لاتزاحم الأيدى العاملة المصرية .

تدريب قوة العمل المصرية على الخبرات الجديدة :

تنص لوائح تشغيل الأجانب بوزارة القوى العاملة على ضرورة تعيين مساعد مصرى أو أكثر لكل خبرة من هـذه الخبرات حتى يمكن للمصريين استيعاب النواحى الفنية وأساليب العمل فى مدة الشهور العشرة المسموح بها للخبير الأجنبى كمدة أولى ، الا أن الملاحظ هـو طلب الجهات التى تقوم بتشغيل الأجانب عادة بمد فترة وجود هؤلاء الخبراء لمدة أخرى أو أكثر بحجة عدم وصول المساعدين المصريين الى مستوى

الخبرة المناسب ، ويرجع ذلك الى عدم وجود نظام متابعة يضمن نقل هذه الخبرة بطريقة فعالة وجدية ، وقد يعزى ذلك الى نقص الدافع الحقيقى لدى الخبير الأجنبى لنقل خبرته كاملة الى المساعدين المصريين أو عدم استيعاب هذه الخبرة بصورة فعالة من جانب المساعد المصرى .

ومع ذلك فان مجرد الاحتكاك بين العمالة المصرية والخبرات الأجنبية الفنية منها والإدارية قد ساعد الكثيرين على استيعاب هذه الخبرات ولو أنها تنصب فى الوقت الحالى على المحاكاة ولم تدخل مرحلة التطوير الحقيقى ، حيث تنحصر هذه الخبرات فى تشغيل الأجهزة والمعدات المتطورة ولم تدخل مرحلة انتاج وتصميم وتطوير هذه الأجهزة والمعدات وهى عملية شاقة تتطلب من أجهزة التعليم والتدريب عدم قصر أنشطتها على التلقين ، بل يجب عليها تطوير برامجها وأساليبها لغرس روح المبادرة والاختراع والتطوير فى نفوس المتعلمين والمتدربين منذ المراحل الأولى للتعليم كما يتطلب الأمر توجيه أنشطة مراكز البحوث الى التركيز على المشكلات العملية التى تعترض عمليات الانتاج وعمليات التصميم والتطوير بحيث يكون لها عائد مباشر على الاقتصاد القومى .

كما تمثل اللغة الأجنبية التى يتفاهم بها الخبير الأجنبى عائقا مهما فى وسيلة نقل المعرفة والخبرة ، وكان الأجدر بنظم التعليم أن توجه جهودا كبيرة لتعليم اللغات الأجنبية الحية حيث اننا بلد نام لم يقم حتى الآن بخلق علوم وتكنولوجيات مصرية صميمة ولكننا نعتمد فى أكثرها على البلاد الأجنبية المتقدمة وبالتالى على مصادر معلوماتها المتمثلة فى المراجع والبحوث المنشورة وغيرها بلغتها الأصلية ، ولايعنى ذلك التقليل من شأن لغتنا ولكن هذا لايمنعنا من اجادة اللغات الأخرى التى تتوفر فى مراجعها أسباب القوة والتقدم والتطور .

على أن بعض الجهات التى تمتاز بالجدية والادارة الرشيدة قد حصلت على الاستفادة القصوى من الخبرات الأجنبية التى استقدمتها فى تدريب أعداد كبيرة من العمالة المصرية الأمر الذى ساعد على نقل تكنولوجيات جديدة الى مصر كما وفر عليها مبالغ طائلة كانت ستتكبدها لو أنها قامت بارسال المصريين للتدريب بالخارج .

نقل تكنولوجيا متقدمة :

واضح من الاحصاءات الرسمية لوزارة القوى العاملة لعام ١٩٨٣ – وان كانت لا تمثل الواقع بالنسبة لاجمالى العمالة الأجنبية لوجود عمالة أجنبية متسربة الى داخل البلاد – أن نسبة من حصلوا على تراخيص من الأجانب والذين يندرجون تحت تصنيف أصحاب المهن الفنية العلمية والمديرين والاداريين ومديرى الأعمال ، يمثلون حوالى ٧٧٪ من جملة العمالة الأجنبية أغلبهم من أوربا واستراليا ، الأمر الذى يعكس ارتفاع مستوى العمالة الأجنبية ونوعية الأعمال التى يقومون بها مما كان له أثر فى نقل التكنولوجيات الجديدة المتطورة الى مصر والتى لايتوافر لها خبرات محلية على المستوى المطلوب .

ويرجع النقص فى العمالة المصرية فى المجالات المتقدمة الى عدة عوامل أهمها :

. جمود النظام التعليمى والتدريبى فى مصر وعدم تحركه السريع لمجابهة تطورات العلوم والتكنولوجيا وبعده عن الممارسات التطبيقية التى يحتاجها سوق العمل وتركيزه على الكم وليس الكيف – ويتمثل ذلك فى برامج نمطية لم يتغير معظمها منذ نصف قرن من الزمان ، كما تحولت أساليب الدراسة فى الجامعات الى ملازم مطبوعة شأنها فى ذلك شأن المدارس الثانوية وبعدت عن خلق روح المبادأة التى تحتاجها مصر حتى يمكنها أن تكسر حلقة التخلف والانطلاق الى آفاق جديدة بأفراد يتميزون بالقدرة على الخلق والابداع – كما يتمثل ذلك فى المدرسين والمدربين غير المؤهلين التأهيل الكافى المثقلين بأعباء كبيرة وليس لديهم الدافع للتطور والوقوف على أحدث الأساليب المتقدمة وذلك لمعاملتهم باللوائح والقوانين الحكومية وشبه الحكومية من حيث الأجور والحوافز ونظم الترقى وغيرها التى تحبط لديهم الرغبة فى رفع مستوى مهارتهم .

. أن كثيرا من الخبرات المصرية النادرة العالية التأهيل قد فضلت ،

إما الهجرة الدائمة الى بلاد المهجر أو الهجرة المؤقتة الى الدول البترولية نظرا لارتفاع الأجور والحوافز المادية والمعنوية التى تفتقدها فى مصر نتيجة عدم توافر المجالات المتقدمة والامكانات المادية اللازمة لتشغيل هذه الخبرات مما يضيع على الدولة فرصة التطور السريع نتيجة هروب رأس المال البشرى العالى التأهيل الى الخارج حيث تستفيد منه الدول التى يعملون بها فى حين تتكلف الدولة مصاريف إعدادها وتعليمها مما يمثل فقدانا كبيرا ، بالرغم من أن كثيرا منهم يقوم بتحويل مدخراته الى مصر على شكل عملات أجنبية الا أن ذلك لايوازى النفع الذى يعود علينا فى حالة استخدام الدولة لهم استخداما أمثل فى دفع عجلة الانتاج فى مصر .

جلب رؤوس أموال : ساعد الترخيص للأجانب بالعمل فى مصر بالاضافة الى قوانين الانفتاح ، على جلب رؤوس أموال فى الأنشطة المتطورة عن طريق المشروعات الاستثمارية الأجنبية المشتركة وكذلك المشروعات التى تعتمد على القروض المشروطة أو المعونات الخاصة ببرامج التنمية التابعة للامم المتحدة والمنظمات العالمية الأخرى وكذا المعونات المقدمة من بعض الدول الأجنبية ، حيث تكون اقامة المشروع فى الغالب مرتبطة بالموافقة على وجود الخبرات الأجنبية التى تضمن للمستثمر أو لمقدم المعونة حسن سير العمل وارتفاع فنيته وعائداته الاقتصادية ، ولايعنى ذلك أن العمالة الأجنبية القادمة تحت هذا البند تقدم كل مالديها حيث تفتقر هذه العمالة الى الرغبة فى العطاء الكامل ، بل ان بعضها لايقدم الى مصر الا بهدف الحصول على أجور مرتفعة جدا فى مقابل أعمال ثانوية كان يمكن للعمالة المصرية أن تقوم بها على وجه أفضل من الأجانب ، كعمال التشييد والبناء الذين تستقدمهم بعض الشركات المختلفة أو الأجنبية للعمل فى بعض المشروعات مثل بعض الفنادق الجارى اقامتها . وقد قامت أجهزة وزارة القوى العاملة بضبط ٣٩ عاملا أجنبيا يعملون فى عملية انشاء فندق بالقاهرة بلا ترخيص ، الأمر الذى يمثل مزاحمة غير شرعية للقوى العاملة المصرية .

وتمثل مرتبات العمال الأجانب فى كثير من الأحيان جزءا غير يسير من عائد المشروع نظرا لأن معظمهم يأتون من دول متقدمة يتقاضون أجورا مرتفعة لم تعهدها مصر من قبل ، فضلا عن الحوافز التى تمنح لهم نظير عملهم فى دولة أجنبية ، مما يساعد كثيرا منهم على تكوين مدخرات كبيرة نتيجة انخفاض تكاليف المعيشة فى مصر بالمقارنة بمثيلاتها بدولهم الأصلية ، يقومون بتحويلها الى الخارج سواء بالطريق الشرعى أو المخالفة على شكل عملات أجنبية ومصر فى أشد الحاجة اليها .

وقد سبقت الاشارة الى أن تراخيص العمل التى صدرت عن وزارة القوى العاملة لاتمثل الا ٤٤٪ من العمالة الأجنبية الحقيقية المتواجدة فى مصر حسب نتائج تعداد ١٩٧٦ ، كما أنه من المرجح ألا يكون التعداد قد شمل كل العمالة الأجنبية نظرا لوجود عدد منهم أدرج بيانهم فى التعداد تحت مسميات أخرى كالسياحة أو الاقامة المؤقتة بغرض التجارة ، وغيرها . من ناحية أخرى فقد ظهرت فى الفترة الأخيرة طوائف جديدة لم يعرفها سوق العمل المصرى من قبل مثل المربيات والخادمات والعمال الذين وفدوا بأعداد ملحوظة من دول أسيا تحت ستار السياحة .

هذا بالاضافة الى فئات أخرى متواجدة فى مصر من خلال اتفاقيات مع بعض الدول مثل السودان واليونان ، إلى جانب بعض الجنسيات العربية التى سمح لها بالبقاء فى مصر لأسباب سياسية مثل الفلسطينيين والسوريين الذين جاءوا أثناء الوحدة أو بعض اللاجئين السياسيين من دول عربية أخرى .

من ذلك يتضح أن الاحصاءات الرسمية لوزارة القوى العاملة لاتمثل فى الغالب الا حوالى ثلث قوة العمل الأجنبية الحقيقية التى يمكن تقديرها حاليا بحوالى ٦٠ ألف عامل .

الآثار الاجتماعية : وتخلص أهم مظاهرها فيما يأتى :

– تمثل سلوكيات العمل – بالنسبة للاجانب سواء احترام العمل أو الالتزام بالنظم واللوائح أو حسن الاداء – مبدأ هاما ، وقد أعطت هذه

السلوكيات للمصريين العاملين معهم المثل والقدوة الطيبة مما أكسبهم ثقة هؤلاء الأجانب .

– وعلى الجانب السلبى نجد عادات وتقاليد لبعض أنواع العمالة الأجنبية وبالذات العمالة الآسيوية مخالفة لخصائص المجتمع المصرى ، مما أنتج تأثيرات اجتماعية مخالفة لمجتمعنا وعلى سبيل المثال الاضرار المتوقعة نتيجة استقدام مربيات أطفال من آسيا .

– التأثير على الأجور وأنماط الاستهلاك : الى جانب العاملين الأجانب فى الشركات والبنوك الأجنبية أو المختلطة فقد حرصت هذه المؤسسات على اختيار أحسن عناصر القوى العاملة المصرية ذات التأهيل العالى والانتاجية المتميزة وفى سبيل ذلك منحتهم بسخاء أجورا عالية حتى تجذبهم وتضمن استمرارهم فى العمل واستبعاد فكرة السفر الى الدول البترولية .

وقد أدى ارتفاع هذه الأجور الى خلق جو من عدم الاستقرار بين القوى العاملة فى القطاعات المحلية وعدم الرضا عن الأجور المنخفضة فى الحكومة والقطاع العام بوجه خاص الأمر الذى أدى الى بحثهم الدائب عن وظائف خارجها ، وأصبحت الدولة مصيدة للعمالة ذات الانتاج المنخفض أو ذات التخصصية غير المطلوبة ، كما ازدادت نسبة العمالة النسائية بها بطريقة غير متوازنة ، وأصبح مفهوم العمل الحكومى ان مجرد قضاء وقت يشوبه التبرم ، استعدادا لعمل شاق اضافى فى مكان آخر بعد الظهر ، وتفشى بين العاملين روح عدم الانتماء ، وافتعال كل ما من شأنه أن يعفيهم من العمل أو التواجد فى مكانه .

ومن جهة أخرى فان ارتفاع مرتبات الأجانب ومن يعملون معهم من المصريين قد ساعد على خلق أنماط جديدة من الاستهلاك الترفى لفئة معينة مما أدى الى محاولة الآخرين تقليدهم بأى وسيلة . وقد شكل ذلك عبئا كبيرا على ميزان المدفوعات حيث ساعد نظام الاستيراد بدون تحويل عملة والذى ألغى أخيرا على توسيع الفجوة بين اجمالى تكاليف الاستيراد وعائد التصدير .

العمالة الأجنبية بالمنطقة العربية

كان للتطور السريع الذى شهدته منطقة الخليج العربى ، فى النصف الثانى من القرن الحالى ، أثره الكبير فى تغيير نواحى الحياة فى المنطقة ، من جوانبها السياسية والاقتصادية والاجتماعية .

فقد شهدت المنطقة خلال سنوات متلاحقة ارتفاعا سريعا فى معدلات النمو الصناعى والتجارى ، تطابق مع نمو قوة العمل ، وسعى هذه القوة لملاحقة الواقع الاجتماعى والاقتصادى الجديد الذى شهدته المنطقة التى أصبحت أكبر منطقة فى انتاج وتصدير وتخزين النفط فى العالم .

ولعل مشكلة العمل والعمالة التى تدير كافة أوجه هذا التطور كانت من أعظم التحديات والمشاكل التى واجهت المنطقة ، حيث انها بالأصل تعانى ، شأنها شأن مثيلاتها من الدول النامية ، من انخفاض نسبة قوة العمل الى مجموع السكان .

ورغم اتساع المساحة الكلية لمنطقة الخليج العربى وتعدد دولها فان حجم سكانها لايتجاوز المليونين .

لذلك فان تدفق الأيدى العاملة الوافدة – بأعداد هائلة تحمل ثقافات متباينة وأفكارا وأنماط سلوك غريبة عن دول المنطقة – أدى الى ظهور مشكلة كبرى فى طرق تنظيم تواجد هذه العمالة . ولابد من الاعتراف هنا بأن ظاهرة تدفق العمالة الأجنبية وخاصة الآسيوية منها ليست بالجديدة ، اذ واكبت الاستعمار طيلة تواجده فى المنطقة .

العمالة الآسيوية :

وقد صارت قضية العمالة الآسيوية فى الخليج العربى الآن ، فى مقدمة القضايا التى تشغل اهتمام الرأى العام والمسئولين على الصعيدين الشعبى والرسمى وتحظى باهتمام ودراسة العديد من الأجهزة السياسية والاقتصادية والعلمية فى الدول العربية الأخرى . كما أن المنظمات الدولية المتخصصة توليها رعاية كبيرة لأسباب عديدة حضارية

اقتصادية وانسانية .

ولأهمية القضية على الصعيد العربى فان الحديث عن العمالة الآسيوية قد اكتسب بعدا استثنائيا لطبيعة ظروف المنطقة وعدد سكانها والثروات الباطنة فى أرضها وتحت مياهها ولموقعها الاستراتيجى فى منطقة المواصلات والاتصالات العالمية وللأطماع الأجنبية فى أرضها وثرواتها من قبل دول وتكتلات عديدة قريبة من المنطقة أو بعيدة عنها .

وقد قدرت إحدى الدراسات حجم العمالة الآسيوية فى المنطقة عام ١٩٧ بنحو ٢٦٢٧٧٢ شخص بنسبة ٤٢٪ من قوة العمل الموجودة بها وبافتراض ثبات معدلات النمو فان هذه العمالة قد وصلت فى أوائل الثمانينات الى ثلاثة أو أربعة أضعاف هذا الرقم .

وتشير آخر الاحصاءات الى أن حجم العمالة الآسيوية فى المنطقة يزيد فى الوقت الحاضر عن المليونين ونصف المليون ، منهم حوالى ٢٠٠٠٠ كورى جنوبى .

أسباب تزايدها : ويرجع تزايد حجم العمالة الآسيوية الى مجموعة من الأسباب فى مقدمتها :

• سيادة القطاع الخاص فى معظم الاقتصاديات باعتباره المسيطر على الأنشطة التجارية والاقتصادية وبعض الصناعات الخفيفة والتحويلية .

• قدرة العمالة الآسيوية وخاصة الهندية والباكستانية ، على العيش تحت أية ظروف عمل ، وبأى أجر نتيجة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية فى مواطنها الأصلية .

• قصور سوق العمل المحلى لدول المنطقة التى حصلت على استقلالها فى أوائل السبعينات . فقد حرص المستعمر من قبل على عدم اتاحة الفرصة أمام خلق مجالات التعليم والتدريب اللازمة لتكوين قوى عاملة منتجة .

• عدم تنظيم استخدام العمالة العربية ، بشكل صريح وواضح الى جانب وضع القيود فى عدة مناطق .

• وجود وكالات عالمية لتوريد العمالة الآسيوية على درجة عالية من الكفاءة والتنظيم .

• ان العمالة العربية ، رغم ماوصلت اليه من مستويات تحمد عليها ، الا أنها لم تصل بعد الى المستوى الذى يؤهلها لادارة عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصناعية بالشكل المطلوب فى دول المنطقة .

• أن الاتفاقات العربية ، الخاصة باستخدام الأيدى العاملة العربية وتنظيم انتقالها ، لم تجد سبيلها الى التنفيذ لعدة اعتبارات ، وقد شجع ذلك على استيراد العمالة الآسيوية دون أية قيود .

نسب توزيعها : ويلاحظ أن العمالة الآسيوية الوافدة تتركز بشكل كبير فى قطاع الخدمات الانشائية أو العمرانية كما يلاحظ تركزها فى الجنسيات الهندية ، والسيلانية والباكستانية والكورية الجنوبية ، والفلبينية ، والتايلاندية ، واليابانية .

وتتفاوت نسب حجم العمالة الآسيوية بين دولة وأخرى ، فبينما تبلغ أقصى ارتفاع لها فى دولة الامارات ، نجدها تنخفض انخفاضا ملحوظا فى العراق الذى يسمح بدخول العمال العرب بدون تأشيرة دخول ويعاملهم معاملة العراقيين ، مما يساعد على تدفق العمالة المصرية على العراق أما فى الكويت فتبلغ نسبة الآسيويين ٥٥٪ من اجمالى تصاريح العمل . كما تقارب نسبتهم فى السعودية النسبة فى الكويت ، بالاضافة الى أعداد كبيرة منهم دخلت السعودية بطرق غير مشروعة وتقوم السلطات السعودية بترحيلهم فور اكتشاف أمرهم .

وتقدر نسبة العمالة الآسيوية فى قطر بحوالى ٦٥٪ . وقد أبرمت مصر وقطر عام ١٩٧٤ اتفاقية لتبادل الأيدى العاملة كانت نتيجتها أن أصبحت الجالية المصرية هى أكبر جالية عربية فى قطر ١٦٣٤٤عاملا يمثلــون ١٢,٤٪ من اجمالى قوة العمل ، و١٥,٢٪ من قوة العمل الوافدة . وتأتى مصر فى المرتبة الثالثة من حيث حجم قوة العمل المستخدمة فى قطر بعد الهند ٢٠٨٠١ ، وايران ١٨٣٧٣ – وان كانت الجالية المصرية هى أكبر جالية حيث يمثل العاملون وأسرهم حوالى ٣٢ ألفا – مع الأخذ فى الاعتبار أن العمالة الآسيوية تضم فى مجموعها ٩٠٠٠ عامل من خدم المنازل .

مخاطرها : وتتمثل فى عدة جوانب أهمها :

– أن الاعتماد الكبير على هذه الأيدى العاملة وبأعدادها الحالية ، يساهم فى تحقيق ظاهرة الازدواجية السكانية والثقافية ، وسيشكل هؤلاء الوافدون مشكلة على المدى القريب من حيث كونهم أغلبية ، وخاصة

أن حجم توافد هذه العمالة يفوق أحيانا حجم الاحتياجات لسوق العمل بأى دولة خليجية . ولعل أعظم تهديد من هذا الجانب يتمثل فى إضعاف العنصر العربى فى دول المنطقة نتيجة تحويل العرب الى أقلية فى وطنهم ، سواء من حيث الحجم السكانى أو حجم السيطرة على النشاط الاقتصادى .

ففى دولة الامارات – حسب تقدير عام ١٩٧٥ – بلغ حجم السكان الأصليين ١٥٧ ألفا والوافدين ٤١١ الفا وفى السعودية بلغ عدد الوافدين ٢,٢٣٥,٠٠٠ بينما بلغ السكان الأصليون مابين ٤ و ٦ ملايين مع احتمالات ماطرأ على هذه التقديرات من تغيرات كبيرة . وهكذا نجد أن هؤلاء الوافدين يشكلون جاليات كبيرة العدد ، تصبح على مرور الأيام قوة عددية متماسكة يصعب تحريكها .

– وتظهر المخاطر الاجتماعية ، الناتجة عن تزايد حجم العمالة الآسيوية ، واضحة فى انتشار أنواع غريبة من الجرائم والانحرافات السلوكية والأخلاقية . كما تثير مشكلة ارتفاع نسبة غير المتزوجين بين العمال الأجانب الكثير من الصعوبات والمتاعب ، تنعكس آثارها على السلوك الاجتماعى والاقتصادى للأفراد ، وتحدث تخلخلا فى المجتمع نتيجة التأثير فى الكثير من العادات والقيم الاجتماعية .

– يشكل تعدد الجنسيات – التى يبلغ عددها ٣٥ جنسية ذات ثقافات وقيم وتقاليد وأديان مختلفة – حالة من التناقض الاجتماعى والثقافى ، وفقدان التجانس والوحدة والتماسك ، مما يؤثر على الانتماء الوطنى والعربى .

– تميل بعض الجنسيات الفقيرة ، كالهندية والباكستانية ، الى التواجد فى أحياء تناسب مستواها المعيشى ، مما يؤدى الى تفشى أنواع معينة من الأمراض الصحية والاجتماعية . كما يلجأ البعض ، تحت تأثير الظروف الى العمل فى اكثر من مهنة أو اكثر من تخصص مما قد يقطع الطريق أمام أبناء الوطن العربى فى العيش والكسب .

أثرها على العمالة المصرية :

ويمكن تتبع هذا الأثر على النحو الآتى :

١– كانت حركة الوافدين العرب الى دول الخليج عام ٧٥ تمثل حوالى ٧٠٪ من جملة الوافدين عموما . ومن بين الوافدين العرب كان مواطنو الأردن وفلسطين يقترب عددهم من ٥٠٪ ، يليهم المصريون حوالى ١٥٪ ، ثم العراقيون حوالى ١٠٪ .

٢ – واذا أخذ الكويت كمثال لتصور حركة – العمالة الوافدة ، نجد أن المصريين يحتلون منذ سنوات مكان الصدارة بين العمالة الوافدة ، سواء العربية أو الأجنبية ثم بدأت أعدادهم تتراجع فى السنوات الأخيرة لظهور المنافسة الآسيوية وتدفقها بأعداد كبيرة عاما بعد عام ، خاصة العمالة الوافدة من الهند وباكستان وبنجلاديش بسبب قرب بلادهم الى منطقة الخليج ، وقبولهم أجورا أقل و تماثل الظروف المناخية ، الى جانب المامهم باللغة الانجليزية ، وهو عنصر تفضيل للعمل بالشركات الأجنبية ، ومنها شركات آسيوية تقوم بتنفيذ مشروعاتها (تسليم مفتاح) وعادة ما تتضمن شروط العقد عند تنفيذها لهذه المشروعات أن تستجلب بمعرفتها العمالة التى تحتاجها ، والتى تكون غالبيتها من عمالة الدول التى تحمل جنسيتها .

أ – بلغت جملة العماله الوافدة الى الكويت ، عام ٨٣ ، حوالى ٨٦ ألف عامل ، تمثل العمالة الآسيوية منها ٦٠,٥٪ ، بينما تمثل العمالة العربية ٣٦,٥٪ ، والباقى وقدره ٣٪ يمثل العمالة الوافدة من دول أمريكا وأوربا .

ومن الأهمية بمكان الاشارة الى أن العمالة الوافدة من الهند وباكستان وبنجلاديش تغطى ثلثى حجم العمالة الآسيوية الوافدة خلال عام ١٩٨٣ .

أما العمالة المصرية فقد بلغت ، فى نفس العام ، ٢٩٢٠٢ عامل ، يمثلون ٣٤٪ من إجمالى العمالة الوافدة ، وهى أعلى نسبة وفدت من الدول المصدرة للعمالة ، تليها الهند وباكستان ١٥,١٪ لكل منهما ، ثم بنجلاديش ١٠,٢٪ .

ب – توزيع العمالة الوافدة حسب أقسام النشاط الاقتصادى :

بالنظر الى المجموعات العريضة ، حسب الجهات القادمة منها وتوزيعها داخل الأقسام للنشاط الاقتصادى ، يتبين أن العمالة الآسيوية تفوق العمالة العربية فى جميع الأنشطة الاقتصادية ، باستثناء قطاع التمويل والتأمين والعقارات .

وتتراوح نسبة العمالة الآسيوية داخل الأنشطة الاقتصادية المختلفة

بين ٢ , ٣٦٪ ، ٧ , ٧٣٪ من جملة الوافدين . وتتركز أعلى هذه النسب
سفة خاصة فى قطاع الخدمات العامة والاجتماعية ، وقطاع النقل
لتخزين ، وقطاع الصناعات التحويلية ، وقطاع التشييد والبناء . فى
ين أن نسبة العمالة العربية داخل الأنشطة الاقتصادية تتراوح مابين
, ٢٢٪ ، ٢ , ٤٧ ٪ ، وتتركز أعلى هذه النسب فى قطاع التمويل
لتأمين والعقارات ٢ , ٤٧٪ ، وقطاع الزراعة والصيد ١ , ٤٦٪ ، وقطاع
تجارة ، والمطاعم ٧ , ٣١ ٪ .

العمالة المصرية : واذا نظرنا الى التوزيع النسبى للعمالة الوافدة ، سب جنسياتهم ، داخل كل نشاط اقتصادى ، لتبين أن نسبة العمالة صرية الوافدة الى الكويت تفوق نسب العمالة الوافدة من جميع جنسيات الأخرى ، باستثناء نسبة من يعمل منها داخل قطاع الخدمات عامة الاجتماعية ١٨٪ ، والتى تتراجع أمام نسبة العمال الوافدين عمل بهذا القطاع من دولة بنجلاديش ٨ , ٣٤٪ . كما تمثل العمالة صرية فى الزراعة أعلى نسبة داخل هذا القطاع ، مقارنة بحاملى جنسيات الأخرى ٦ , ٤٢٪ ، ثم العاملين بقطاع التمويل والتأمين , ٣٦٪ ، فالعاملين بقطاع التشييد والبناء ٤ , ٣٥٪ ، ثم التجارة لمطاعم والفنادق) ٤ , ٣٤٪ ، والصناعات التحويلية ٢ , ٣٢٪ ، والنقل لتخزين ١١ , ٣٠٪ .

جـ – الهيكل المهنى للعمالة المصرية الوافدة والمهن التى يزيد الطلب ليها : طبقا للتركيب المهنى للعمالة المصرية الوافدة الى الكويت عام ٨٣ سب الأقسام الرئيسية للمهن ، نجد أن مجموعة عمال الانتاج تضم , ٨٣٪ من مجموع العمالة المصرية ، فى حين أن بقية العمالة الوافدة تتعدى ٤ , ١٦٪ ، وتأتى مجموعة القائمين بالأعمال الكتابية فى المرتبة ثانية ١١ , ٥٪ تليها مجموعة أصحاب المهن الفنية والعلمية ٤ , ٤٪ ثم جموعة عمال الزراعة ١ , ٣٪ فمجموعة عمال الخدمات ٥ , ٢٪ ثم عمال بيع ١ , ١٪ ، فى حين تأتى محموعة المديرين التنفيذيين ورجال الأعمال نسبة ١٢ , ٠٪ .

٣– صدر قرار من مجلس التعاون لدول الخليج ، باشتراط ألا تقل سبة القوى العاملة العربية بالقطاع الخاص عن ٣٠٪ من مجموع القوى لعاملة المطلوب استقدامها لأى منشأة .

ورغم أن هذا القرار قد أعطى للعمالة الأسيوية ضعف فرص العمل المتاحة للعمالة العربية (وهى فى معظم الأحوال عمالة مصرية) الا أن وجود بعض الشركاء فى معظم الشركات بالخليج من الأجانب ، وبالذات من الهنود أو الباكستانيين ، يمكن من اتخاذ أساليب غير سليمة مع العمالة الأجنبية المستقدمة بدفعهم الى العودة بأعذار مختلفة ، منها عدم الكفاءة أو الانضباط ، وبالتالى يتخلصون من العمال المصريين ويستبقون ال ٧٠٪ من الأسيويين . وهكذا تكون النتيجة ، سنة بعد أخرى ، تعاظم التواجد الآسيوى واضمحلال التواجد المصرى .

٤– كان لقطع العلاقات السياسية بين مصر وهذه الدول أثر كبير فى انفراد الدول الأسيوية فى الاتصال بها وعدم تمكن الدبلوماسية المصرية من القيام بأى اتصال لتحذير الجهات المسئولة من تعاظم خطر العمالة الأسيوية أو التنبيه الى مايقوم به المديرون الأسيويون من عمليات التصفية المنظمة للعمالة المصرية .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة بشقيها ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، وكذلك على ضوء جميع دراسات المجلس بشأن القوى العاملة وهجرتها الى الخارج ، يوصى بمايأتى :

أولا : فى شأن مواجهة آثار العمالة الأجنبية فى مصر :

* ربط احتياجات خطة المشروعات الاقتصادية – الى جانب احتياجات الأسواق الخارجية من القوى العاملة المصرية – بتخطيط التعليم والتدريب ، حتى يمكن توفير الاحتياجات الحقيقية ذات الخبرات المطلوبة ، وبالتالى تنتهى الحاجة الى استقدام عمالة أجنبية ، ومراجعة ذلك دوريا . مع إخطار الجهات المعنية باصدار قرارات المنح أو المنع على أسس علمية وواقعية .

* العمل على الحد من التخصصات التى لاتحتاجها البلاد ، وتضطر الدولة فى ظل نظام تعيين الخريجين الى تعيينهم كعمالة زائدة بالحكومة أو وحدات الحكم المحلى ، وفى ذلك اهدار لطاقات الشباب فضلا عن الخسارة المادية . ويمكن أن يتم هذا الاجراء من خلال اعادة النظر فى السياسة التعليمية .

* محاولة الحد من اشتراط ايفاد العاملين فى المشروعات التى

تحتاج فى تمويلها الى قروض أو منح من أبناء الدولة المانحة للقرض أو المنح ، اكتفاء باستيراد المعدات اللازمة لهذه المشروعات من هذه الدول .

* قيام الأجهزة المعنية بمتابعة تدريب المعاونين المصريين ، الذين يشترط القانون تدريبهم خلال فترة الترخيص للأجنبى بالعمل ، والتأكد من جدية هذا التدريب .

* الاستفادة ما أمكن من القوى البشرية الموجودة بالقوات المسلحة وتدريبها على المهن الفنية المطلوبة ، بعد محو أميتها المهنية ، وتشغيلها فى المشروعات العامة لاكتساب المهارات الحرفية ، مما يوفر كوادر العمالة الفنية بصفة مستمرة .

وضع القواعد والضوابط الكفيلة بمنع العمالة الأجنبية التى تدخل البلاد تحت ستار السياحة و تعمل بدون ترخيص .

ثانيا : بشأن مواجهة تدفق العمالة الأجنبية بالمنطقة العربية :

* بذل المزيد من الجهود لمراقبة عملية تصدير القوى العاملة المصرية الى الدول العربية ، أو غيرها بما يكفل اختيار أفضل العناصر كفاءة وخلقا ، حتى لاتتذرع الشركات التى تتعاقد معهم بإعادة أفراد منهم بسبب عدم الكفاءة أو الانضباط .

* محاولة الشركات المصرية - وخاصة قطاع التشييد والبناء - الدخول فى المناقصات التى تعلن عنها هذه الدول فى المشروعات الانشائية ، للحصول على حق القيام بهذه المشروعات ، مع حق استخدام العمال المصريين فقط .

* قيام مكاتب التمثيل العمالى بدور مكثف فى الاتصال بأصحاب المؤسسات فى البلاد العربية ، لشرح الدور الذى يقوم به المديرون والملاحظون الآسيويون بتصفية العمالة المصرية بلا مبرر ، وفسخ عقودهم بدعوى عدم الكفاءة أو الانضباط هذا إلى جانب ضرورة الوقوف الى جانب العمال المطرودين ومساعدتهم فى الحصول على حقوقهم بمكاتب العمل ، بمختلف الوسائل المشروعة والممكنة .

* بذل المزيد من الجهد فى مجال التدريب المهنى على كثير من المهن المطلوبة فى هذه الدول ، كمهن العزل الحرارى و صيانة الأجهزة الكهربائية والتبريد ، وتشغيل الكمبيوتر ، وصيانة الآلات الحاسبة وهى المهن التى يتقنها الآسيويون بمهارة عالية تتيح لهم البقاء والحاجة المستمرة اليهم .

عودة العمالة المصرية من الخارج

أكد العامل المصرى - عندما تتاح له ظروف العمل المناسب والمجدى - قدرته على العطاء المتميز ، والعمل الجاد المخلص وقد دفعت هذه الحقيقة العديد من الدول العربية للاستفادة بجهوده ، أيا كان موقعه من هيكل العمالة فى تنفيذ خططها الاقتصادية والاجتماعية التى زادت طموحا بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وماتلاها ، مع تعاظم عائدات البترول .

وقد تدفقت العمالة المصرية على هذه الدول رغبة فى رفع مستوى الدخل ، والانتفاع بكثير من المزايا التى تقدمها جذبا للعمالة ، وتحمل المجتمع المصرى ، راضيا آثار هجرة العمالة المصرية العلمية والفنية والمهنية ، ادراكا لدوره الرائد واسهامه الحضارى فى بناء ورخاء الدول العربية الشقيقة .

ولكن المتغيرات الدولية السياسية والاقتصادية ، وظروف حرب الخليج

ومقتضيات أمنه – الى جانب الانخفاض الحاد فى أسعار البترول – دفعت كثيرا من الدول العربية الى وقف أو ارجاء أو انقاص مشروعاتها الاقتصادية ، الأمر الذى ترتب عليه بالضرورة انكماش قوى العمل الخارجية بها . وانعكست آثار ذلك على حجم وتشغيل العمالة المصرية بهذه البلاد ، مما يقتضى اتخاذ الاجراءات الكفيلة بمواجهة آثارها ، على أن تؤخذ فى الاعتبار – عند معالجة هذه المشكلة – تجربة عودة العمالة المصرية من ليبيا ، منذ وقت قريب .

وقد رصدت المجالس القومية منذ عام ١٩٨٢ – الإرهاصات المبكرة لاحتمالات هذه الأوضاع ، بوجه عام فألمحت اليها فى دراستها لموضوع هجرة العمالة المصرية الى الخارج ، والذى نشر بتقرير الدورة الرابعة للمجلس .

أولا : حجم العمالة المصرية فى البلاد العربية :

وكان تقدير حجم هذه العمالة ، بالخارج ، حينذاك : مليونا و١٨٤ ألف مشتغل . أما تقديرات عام ١٩٨٤ فتشير تقارير مكاتبنا العمالية فى الخارج ، الى أن حجم العمالة المصرية فى خمس من الدول العربية كان على النحو الآتى :

الدولة	حجم العمالة المصرية
العربية السعودية	٤٠٠٠٠٠ عامل
الكويت	١٣٦٥٣٩ عامل
الاردن	١٣٠٠٠٠ عامل
الامارات العربية المتحدة	٨٣٢٠٣ عامل
قطر	١٦٣٤٤ عامل
جملة العمالة المصرية	٧٦٦٠٨٦ عامل

وشمل التركيب المهنى للعمالة المصرية فى هذه الدول : أصحاب المهن العلمية والفنية والمديرين الاداريين ، والقائمين بالأعمال الكتابية ، والمشتغلين بأعمال البيع ، والعاملين بالخدمات ، والعاملين فى الزراعة وتربية الحيوان وعمال الانتاج (جدول رقم ١) .

أما العمالة المصرية بالعراق ، فتدل البيانات على أنها تصل الى ٦٢٥ ألف مشتغل وبذلك يكون اجمالى العمالة فى الدول الست هو ١٣٩١٠٨٦ مشتغل .

وبالنسبة لدول عربية أخرى مثل : اليمن وليبيا وعمان والجزائر والسودان – فقد تم عمل تقدير لحجم العمالة بها باستخدام بيانات عقود العمل التى وافقت عليها وزارة القوى العاملة ، ومن هذه البيانات اتضح أن الدول الست الأولى حصلت على ٨٨,٤ ٪ من العقود ، فى حين أن الدول الأخرى حصلت على ١١,٦٪ من هذه العقود وبذلك يمكن تقدير عدد العمالة فى الدول العربية الاخرى كما يلى :

$$\frac{١٣٩١٠٨٦ \times ١١,٦}{٨٨,٤} = ١٨٢٥٤٠ \text{ مشتغل}$$

ويكون اجمالى العمالة المصرية فى الدول العربية السابقة جميعها ، هو ١,٥٧٤ مليون مشتغل .

ثانيا : احتمالات انخفاض حجمها :

كان من الطبيعى أن تؤدى الظروف الاقتصادية والسياسة التى تمر بها البلاد العربية البترولية – الى انخفاض دخل هذه الدول ، ومن ثم التوقف عن مشروعاتها الطموحة ، مماظهرت نتائجه فى إنقاص أعداد العمالة المصرية بهذه البلاد .

أما الدول غير النفطية مثل : الاردن ، عمان ، اليمن الشمالى والجنوبى ، فلم يحدث انخفاض كبير فى دخلها ، ورغم ذلك فقد تتأثر ، بصورة غير مباشرة بانخفاض العمالة المستوردة فى الدول النفطية ، لاحتمال عودة بعض مواطنيها من هذه الدول ، وقد يؤدى ذلك الى الاستغناء عن العمالة المصرية فى الدول غير النفطية أيضا . وبناء على ما تقدم فانه يمكن – اعتبارا من عام ١٩٨٥ – تقدير الانخفاض فى العمالة المصرية كمايلى :

بالنسبة للدول العربية النفطية :

وتشمل : العربية السعودية ، والكويت ، وقطر ، والامارات العربية

المتحدة ، والعراق ، وليبيا ، والبحرين التى لاتتجاوز العمالة المصرية المتواجدة بها مقدار ألفى مشتغل .

العربية السعودية : وهى من أهم أسواق العمل المصرية ، سواء من حيث حجم العمالة المصرية المتواجدة بها ،أو من حيث قيمة التحويلات المالية الواردة منها . ونتيجة لانخفاض الدخل من البترول فقد حدث انخفاض فى الانفاق الحكومى ، مما أدى الى ارجاء تنفيذ عدد من المشروعات التى كانت مدرجة بالخطة . كما أدى الى صدور تعليمات صريحة الى كافة الأجهزة والمؤسسات الحكومية بضرورة تخفيض العمالة الأجنبية بنسبة ١٠٪ سنويا . أما بالنسبة للقطاع الخاص السعودى فاحتمالات تأثره بهذا الخفض غير واردة ، فيما عدا أنشطة القطاع الخاص المرتبطة بالقطاع الحكومى ، فمن المتوقع أن تكون استجابتها إيجابية لهذا الانخفاض . وعلى ذلك فإنه يمكن القول بأن القطاع الخاص على المستوى الاجمالى سيتأثر بنسبة أقل من ١٠٪ وأخذا بالاحتياط فانه يمكن اعتبار نسبة ١٠٪ حدا أقصى لاجمالى الانخفاض المتوقع فى السعودية للحكومة والقطاع الخاص . كما يحتمل أن يصل الحد الأدنى لهذا الانخفاض الى ٥٪ .

العراق : رغم أن العراق يمثل حاليا مكان الصدارة فيما يختص بحجم العمالة المصرية الا أن الوضع يختلف من حيث التحويلات ، أما عن توقعات الانخفاض أو الزيادة فى اعداد المصريين العاملين هناك ، فان ظروف العراق تختلف عن ظروف الدول النفطية الأخرى ، نظرا لحالة الحرب التى يمر بها حاليا . وكثير من العمالة المصرية التى تعمل فى العراق لايسهل الاستغناء عنها حاليا ، لأنها تحل محل العمالة العراقية التى تم تجنيدها للعمل فى ميدان الحرب . كما أنه فى حالة انتهاء الحرب ستبدأ حركة تعمير تقتضى التوسع فى استخدام العمالة المستوردة . وتشير الدلائل الى أن انخفاض اسعار البترول ليس هو العامل الحاسم فى تحديد العمالة المستوردة فى العراق فى الوقت الحالى ، وأنه سوف لايحدث تقريبا انخفاض فى العمالة المصرية به .

ومن واقع التقرير السنوى لوزارة القوى العاملة والتدريب ، لعام ١٩٨٤ ، يتضح أن التعاقدات التى تمت الموافقة عليها للعمل فى العراق خلال ذلك العام وصلت الى ٢٤٧٩٥ مشتغلا ومن هنا يمكن الافتراض بعدم حدوث انخفاض حاد فى العمالة المصرية فى العراق .

ليبيا : لايوجد تقدير دقيق عن حجم العمالة المصرية التى تعمل حاليا فى ليبيا لأن أغلبها عمالة متسربة الا أن أقرب تقدير لهذه العمالة يتراوح مابين ٤٠ ألفا ، ٥٠ ألف مشتغل ، وبناء على بيانات وزارة الداخلية فان عدد المصريين العائدين فى الفترة من أغسطس حتى ١٩٨٥/١١/٧ بلغ حوالى ٢٩٨٤٧ عاملا بأسرهم .

ويقدر عدد العاملين منهم بحوالى ١٨ ألف عامل ، ولم يتقدم من هذا العدد للتسجيل بوزارة القوى العاملة حتى ١٠/١١/ ١٩٨٥ سوى حوالى ١٦٠٠ عامل فقط وغالبية هذه العمالة من المدرسين والمحاسبين وعمال الزراعة وحرف البناء .

أما بقية الدول العربية النفطية الأخرى ، فلم تتوافر مؤشرات رقمية عن الانخفاضات المتوقعة للعمالة المصرية بها ، ولما كانت هذه الدول تمر بنفس الظروف التى تمر بها المملكة العربية السعودية ، فيمكن افتراض أن نسبة انخفاض العمالة فى هذه الدول ستكون بنفس النسبة بالسعودية ، وهى ١٠٪ كحد أقصى ، و٥٪ كحد أدنى .

بالنسبة للدول العربية غير النفطية :

ليس من المحتمل – من الناحية النظرية – أن تتأثر أسواق هذه الدول بانخفاض عوائد البترول لأن درجة اعتمادها على البترول غير كبيرة . ولكن بعض هذه الدول مثل الاردن والسودان واليمن تستورد عمالة من مصر ، كما أنها فى الوقت نفسه تقوم بتصدير عمالة محلية الى أسواق العمل فى الدول النفطية ، ولذلك فمن المحتمل فى حالة استغناء الدول النفطية عن عمالة هذه الدول غير النفطية – أن تنافس عمالتها العائدة العمالة المصرية ، فتضطر للعودة الى مصر ، ولعدم وجود بيانات تفصيلية لهذه الظاهرة ، فانه يمكن الافتراض أن يصل الانخفاض

المتوقع للعمالة المصرية فى هذه الدول غير النفطية الى ٥٪ كحد أقصى مقابل ١٠٪ فى الدول النفطية ، والى ٢.٥٪ كحد أدنى ، مقابل ٥٪ فى الدول النفطية .

تقدير انخفاض العمالة :

وبتطبيق ماسبق من التقديرات ، فانه يمكن تقدير اجمالى الانخفاض المتوقع فى العمالة المصرية الموجودة فى الأسواق الخارجية - سواء فى الدول النفطية أو الدول غير النفطية - اعتبارا من عام ١٩٨٥ ، على النحو الآتى :

تقديرات الانخفاض فى العمالة المصرية فى الدول العربية

مجموعة الدول	حجم العمال المصريين	تقديرات الحد الأقصى		تقديرات الحد الأدنى	
		نسبة التخفيض	قيمة التخفيض	نسبة التخفيض	قيمة التخفيض
الدول النفطية (عدا العراق وليبيا)	٦٣٦٠٨٦ عامل	١٠٪	٦٣٦٠٨	٥٪	٣١٨٠٤
الدول غير النفطية	٣١٣٥٤٠ عامل	٥٪	١٥٦٢٧	٢.٥٪	٧٨١٣
اجماليات	٩٤٩٦٢٦	-	٧٩٢٣٥	-	٣٩٦١٧

أى ان تقدير انخفاض حجم العمالة يتراوح ما بين ٨٠ الف و ٤٠ مشتغل فى السنة ومتوسط قدره ٦٠ ألف مشتغل فى السنة .

أما بالنسبة لفرص العمل التى يمكن اتاحتها للعمالة العائدة ، فيمكن توزيعها على ضوء التصور الآتى :

- أن حوالى ٢٧٪ من العائدين المتوقعين يعملون فى القطاع الحكومى والقطاع العام ، وعند عودتهم سيتم الحاقهم بوظائفهم الأصلية ، ويقدر عددهم بحوالى ١٦٢٠٠ عامل .

- أن حوالى ٧٣٪ من العائدين المتوقعين يعملون فى القطاع الخاص ، فى مهن معظمها زراعية وخدمات معاونة ، بالاضافة الى الفعلة . ويقدر عددهم بحوالى ٤٣٨٠٠عامل .

ثالثا : فرص العمل المتاحة :

ورد فى الاطار العام التفصيلى للخطة الخمسية ، للاعوام ٨٢/ ١٩٨٣ - ٨٦ / ١٩٨٧ ، أن هذه الخطة تستهدف فتح مجالات عمل جديدة لنحو ٢.١ مليون مشتغل حيث يصل عدد المشتغلين فى الأنشطة الاقتصادية فى عام ١٩٨٧ الى نحو ١٣.٨مليون مشتغل ، بمتوسط زيادة سنوية فى فرص العمل الجديدة حوالى ٤٢٠ الف مشتغل . مع زيادة مستهدفة فى فرص العمل فى مجموعة القطاعات السلعية ، بما يستوعب نحو ٥٧.١٪ من اجمالى الفرص المتاحة ، وحوالى ١٨.٢٪ فى قطاعات الخدمات الانتاجية ، والباقى ونسبته حوالى ٢٤.٧٪ . من اجمالى الزيادة المستهدفة فى فرص العمل ، يخصص لقطاعات الخدمات الاجتماعية .

على أن أهم القطاعات التى سوف توفر فرص العمل هى قطاع الزراعة واستصلاح الأراضى ، إذ ستنمو فرص العمل بما يتفق مع نمو قوة العمل الاجمالية ، (حوالى ٢.٢ ٪ فى السنة) ، وكذلك نمو العمالة بنحو ٥.٥ ٪ سنويا ، نتيجة لزيادة الاستثمارات فى القطاع ، والعمل فى الوقت نفسه على الانتهاء من المشروعات المفتوحة ، بما يفسح المجال للتشغيل السريع للمشروعات التى تبدأ فى الانتاج (جدول رقم ٢) .

هذا واذا كانت الخطة قد راعت ضرورة التوازن وازدياد الطلب على التشييد ، فقد وفرت لهذا القطاع فرص العمل الكفيلة بحل اختناقاته وتطوير ادائه ، والارتفاع بطاقته إلى قدر احتياجات الخطة منه . وبذلك تنمو عمالة هذا القطاع بنحو ٦,٦ ٪ سنويا .

وجدير بالذكر أن الخدمات الحكومية سوف توفر فرص عمل محدودة اذا قورنت بظروف التوظف السابقة ، اذ ينتظر الا يزيد ماتستوعبه الحكومة من العمالة عن ٦٤ ألف فرصة عمل فى السنة .

جدول رقم (١)

توزيع العمالة المصرية

فى أهم الدول العربية طبقا لمجموعات المهن

مجموعات المهن	السعودية	٪	الكويت	٪	قطر	٪	الامارات	٪	الاردن	٪	الجملة	٪
اصحاب المهن الفنية والعلمية	٨٣٠٠٠	٢٠,٧	٤٠٢٧٩	٢٩,٥	١٥٥٧	٩,٥	٩٥٠٥	١١,٤	٦٥٠٠	٥	١٤٠٨٤١	١٨,٤
المديرون الاداريون ومديرو الأعمال	٢٠٠٠	٠,٥	٣٩٦	٠,٣	١٠١	٠,٦	٩٧٨	٠,٩	٦٥٠٠	٥	٩٧٠٥	١,٣
القائمون بالاعمال الكتابية	٥٠٠٠٠	١٢,٥	٢١٥٨٧	١٥,٨	٨٥٨	٥,٣	٨٠٦٣	٩,٧	١٩٥٠٠	١٥	١٠٠٠٠٨	١٣,١
القائمون باعمال البيع	١٥٠٠٠	٣,٨	٤٣٠١	٣,٢	١٨٤	٦,٠	٢٤٨٨	٣,٠	١٣٠٠٠	١٠	٣٥٧٧٣	٤,٦
العاملون بالخدمات	٢٠٠٠٠	٥,٠	٥٦٢٥	٤,١	٣٥٢٨	٢١,٦	٣٠٨٣٤	٣٧,١	١٣٠٠٠	١٠	٧٢٩٨٧	٩,٥
العاملون فى الزراعة وتربية الحيوان	٣٥٠٠٠	٨,٨	٢٥١٤	١,٩	١٥٧	١,٠	١٣٤٣	١,٦	١٥٠٠٠	١٩,٢	٦٤٠٩٤	٨,٤
عمال الانتاج ومن اليهم	١٩٥٠٠٠	٤٨,٧	٦١٧٥٧	٤٥,٢	٩١٥٩	٥٦,٠	٣٠١٧٢	٣٦,٧	٤٦٥٠٠	٣٥,٨	٣٤٢٥٨٨	٤٤,٧
الجملة	٤٠٠٠٠٠	١٠٠	١٣٦٥٣٩	١٠٠	١٦٣٤٤	١٠٠	٨٣٢٠٣	١٠٠	١٣٠٠٠٠	١٠٠	٧٦٦٠٨٦	١٠٠

جدول رقم (٢)
اجمالى التوظف فى الخطة الخمسية

القطاعات الاقتصادية	١٩٨٢/٨١	١٩٨٧/٨٦	فرص العمل الجديدة خلال سنتى الخطة	التوزيع النسبى على القطاعات
الزراعة	٤٢٤٧٥٠٠	٤٧٣٨٠٠٠	٤٩٠٥٠٠	٢٣,٢٪
التعدين	٣٩٥٠٠	٤٦١٠٠	٦٦٠٠	٠,٣٪
الصناعات التحويلية	١٤٢٣٢٠٠	١٨٦٣٢٠٠	٤٤٠٠٠٠	٢٠,٨٪
البترول ومنتجاته	٢٤٥٠٠	٢٨١٠٠	٣٦٠٠	٠,٢٪
الكهرباء	٦٤٢٠٠	٨٠٩٠٠	١٦٧٠٠	٠,٨٪
التشييد والبناء	٦٦٤١٠٠	٩١٢٠٠٠	٢٤٧٩٠٠	١١,٧٪
جملة القطاعات السلعية	٦٤٦٣٠٠٠	٧٦٦٨٣٠٠	١٢٠٥٣٠٠	٥٧,١٪
النقل والمواصلات	٤٣٣٣٠٠	٥٣٨١٠٠	١٠٤٨٠٠	٥,٠٪
قناة السويس	١٨٨٠٠	٢٠٧٠٠	١٩٠٠	٠,١٪
التجارة	١١٠٣٨٠٠	١٣٣٢٢٠٠	٢٢٨٤٠٠	١٠,٨٪
المال	٧١٩٠٠	٨٧٨٠٠	١٥٩٠٠	٠,٧٪
التأمين	١٣٦٠٠	١٨٠٠٠	٤٤٠٠	٠,٢٪
السياحة والفنادق	١٤٠٥٠٠	١٧٠٣٠٠	٢٩٨٠٠	١,٤٪
جملة قطاعات الخدمات الانتاجية	١٧٨١٩٠٠	٢١٦٧١٠٠	٣٨٥٢٠٠	١٨,٢٪
ملكية العقارات المبنية	١٧١٣٠٠	٢٤٤٨٠٠	٧٣٥٠٠	٣,٥٪
المرافق العامة	٦٦٢٠٠	٨٥٩٠٠	١٩٧٠٠	٠,٩٪
خدمات اجتماعية وشخصية	٨٩٥٦٠٠	٩٩٣٥٠٠	٩٧٩٠٠	٤,٦٪
التأمينات الاجتماعية	٢٩٥٠٠	٣٩٤٠٠	٩٩٠٠	٠,٥٪
الخدمات الحكومية	٢٣١٧٤٠٠	٢٦٣٧٨٠٠	٣٢٠٤٠٠	١٥,٢٪
جملة قطاعات الخدمات الاجتماعية	٣٤٨٠٠٠٠	٤٠٠١٤٠٠	٥٢١٤٠٠	٢٤,٧٪
الاجمالى العام	١١٧٢٤٩٠٠	١٣٨٣٦٨٠٠	٢١١١٩٠٠	١٠٠,٠٪

المصدر : وزارة التخطيط

تشغيل صغار السن

يتأثر صغار السن بمختلف المتغيرات فى سوق العمل ، وفقا للظروف الاقتصادية السائدة ، ونوع النشاط فى المجالات الاقتصادية ، وتطور أساليب الانتاج المستخدمة ، الى جانب مايمكن أن تضيفه بعض التطورات الاجتماعية من انعكاسات فى هذا المجال .

ومع أن تشغيل صغار السن قد يسهم بصورة جزئية فى زيادة دخل الأسرة ، كما أن تعليم الصغار مهنة أو حرفة مبكرا قد يؤدى بهم الى المزيد من المهارة عندما يكتمل نموهم ، بما يساعد على سد النقص فى بعض الحرف التى تأثرت بالمتغيرات الاقتصادية ن وخاصة هجرة بعض التخصصات المهنية ، الا ان تفشى ظاهرة تشغيل صغار السن ينجم عنه العديد من الآثار السلبية ، خاصة على المدى البعيد ، لأنها تحرمهم من الحصول على القدر المناسب من التعليم والتدريب ، كما أنها تعرضهم لظروف قد لاتتلاءم مع قدراتهم الجسمية بما يترتب عليه كثير من الآثار السيئة على حالتهم الصحية والنفسية ومن هنا وجب بذل المزيد من الجهد للعناية والتنظيم لتشغيلهم ، فى اطار التوازن بين متطلبات زيادة الانتاج ، ومتطلبات حمايتهم ، خاصة وأنهم يشكلون شريحة كبيرة من المجتمع .

الآثار السلبية :

تتعدد الآثار السلبية لتشغيل صغار السن ، وفيما يلى أبرز هذه الآثار :

- حرمان الأحداث من الحصول على قدر مناسب من التعليم يساعدهم على تفهم أسرارعملهم ومتابعة مايحدث فى حرفهم ومهنهم من تطور أو حرمانهم أصلا من التعليم أو ارتداد الكثير منهم الى الأمية .
- دفع كثير من الأحداث الى العمل فى مهن قد لاتتفق مع ميولهم أو قدراتهم .
- تعرض الحدث لظروف عمل قد لاتتلاءم مع حالته الجسمانية أو العقلية مما يؤدى بالتالى الى تأخر نموه العقلى والبدنى والثقافى والمهنى والسلوكى .
- هبوط مستوى الانتاج من حيث الكم والكيف ، فكثيرا مانرى الآن أحداثا يقومون باعمال تحتاج الى الدقة خاصة فى مجالى التشييد والبناء .
- تعرض الصغار للأمراض البيئية ، ففى البيئات الزراعية مثلا ، يتعرضون للاصابة بالبلهارسيا ، وللآثار الضارة الناجمة عن تعرضهم للمبيدات الحشرية .
- تفشى بعض العادات الضارة بين هؤلاء الصغار ، كالتدخين وتعاطى المخدرات .
- تضخم حجم قطاع الخدمات غير الانتاجية ، كمنادى السيارات وبائع الجرائد .

أسباب تفشى الظاهرة :

ينبىء تفشى أى ظاهرة عن دوافع تزيد من انتشارها ، ويتناسب هذا الانتشار طرديا مع قوة هذه الدوافع وآثارها المادية . ومن ثم فان تفشى ظاهرة تشغيل صغار السن يرجع الى مجموعة دوافع ، يأتى فى مقدمتها :

- تطور احتياجات الأسرة ، مما دفع ببعض الأسر الى البحث عما

يزيد من قدراتها المالية ، فعمدت الى محاولة استغلال صغار السن لتحقيق هذه الزيادة .

– أن بعض الأنشطة لها سمات خاصة تدفع الى استغلال صغار السن فيها و خاصة اذا كان جزء النشاط الذى يكلف به الصغار بسيطا وغير معقد وعائده كبير نسبيا وأظهر مثال لذلك النشاط الزراعى .

– كما أن خلو طرق ونظم الانتاج من التعقيدات التكنولوجية فى بعض الأنشطة ، وخاصة فى القطاع الخاص ، شجع على تشغيل الصغار ، وخاصة فى الأنشطة التى تعانى من النقص فى الايدى العاملة .

– أثر الهجرة الداخلية والخارجية على سوق العمل ، حيث ارتفعت الأجور وندرت العمالة فى بعض التخصصات ، مما دفع بالصغار الى سوق العمل .

– التراخى فى تنفيذ القوانين وضعف الرقابة وصوريتها فى أحيان أخرى ، مما فتح المجال لتسرب الصغار الى سوق العمل .

– تزايد السكان وعدم قدرة مؤسسات التعليم على استيعاب هذا التزايد ، وهبوط كفاءة التعليم نتيجة ازدحام الفصول .

حجم الظاهرة :

يشير الجدول رقم (١) الى أن عدد الأفراد الذين يعملون وأعمارهم تتراوح من ٦سنوات الى أقل من ١٢ سنة يبلغ ١٫٠١٤ مليون حسب احصاء مايو ١٩٨٤ .

وبمقارنة حجم هذه الظاهرة بالحجم الاجمالى لقوة العمل يتضح انها تساوى ٧٪ ، فى حالة استخدام القوة العاملة على أنها تشمل الأفراد الذين يعملون فى العمر من ٦الى أقل من ١٢سنة ، ولكنها تساوى ٦٫٧٪ فى حالة استخدام القوى العاملة التى تبدأ من أقل من ١٢سنة وكلتا النسبتين تدل على أن العمالة صغيرة السن تشكل نسبة محسوسة من القوى العاملة على المستوى الاجمالى لقوة العمل .

ومعظم هؤلاء الصغار يعملون فى المناطق الريفية حيث يوجد ٧٢١٫٧ ألف بنسبة ٧١٫١٪ من اجمالى عددهم فى حين أن الباقين منهم يشكلون ٢٨٫٩٪ يعملون بالحضر ويرجع هذا التفاوت الكبير فى تواجد هؤلاء الصغار بكل من الريف والحضر ، إلى أن الأنشطة الاقتصادية بالريف ، ومعظمها أنشطة زراعية ، تساعد على دخول الأفراد الصغار فى سن مبكرة .

هذا بالاضافة الى عوامل أخرى كالمستوى الاقتصادى والتسرب من التعليم .

ويلاحظ مشاركة الاناث فى هذه الظاهرة مشاركة واضحة وكبيرة ، حيث يبلغ عدد الاناث العاملات من ٦ الى أقل من١٢ سنة ٤٤٤٫٦ألف ، بنسبة ٤٤٪ من اجمالى صغار السن ، وبذلك فان مشاركة الذكور هى ٥٦٪ فقط .

وهذه النسب المئوية للاناث لها دلالتها ، لأن النسبة الخاصة بمشاركة الاناث فى قوة العمل على المستوى الاجمالى لا تتعدى ١٩٫١٪ .

والمفهوم الخاص بصغار السن لايقتصر على الذين يعملون فى أعمار تقل عن ١٢ أى السن القانونى لدخول سوق العمل فى بعض المهن ، بل من الممكن أن يمتد هذا السن ليشمل أعمارا أخرى فى احتياج الى الرعاية والعناية ، وهذه الاعمار هى ١٢- ١٣ - ١٤ سنة وبذلك تكون فئة العمر لصغار السن هى أقل من ١٥ سنة وبيانات هذه المجموعة يمكن الحصول عليها باستخدام جدول (١) و (٢) .

وقد بلغ اجمالى العاملين فى فئة السن أقل من ١٥ سنة ١,٤٧٣ مليون فرد والبيانات الخاصة بهم واردة فى الجدول التالى :

ريف / حضر	النوع	قوة العمل أقل من ١٥ سنة (بالمئات)	النسبة المئوية لقوة العمل أقل من ١٥ سنة الى اجمالى قوة العمل
حضر	ذكور	٢٥٣٦	٥٫١
	اناث	١٤٨٧	١١٫٣
	جملة	٤٠٢٣	٦٫٣
ريف	ذكور	٦٥٧٧	١٠٫٤
	اناث	٤١٢٦	٢٤٫٦
	جملة	١٠٧٠٣	٣٣٫٣
جملة	ذكور	٩١١٣	٨,٠
	اناث	٥٦١٣	١٨٫٧
	جملة	١٤٧٢٦	١٠٫٣

والبيانات الواردة فى الجدول عن العاملين فى الأعمار التى تقل عن ١٥ سنة لاتزال تؤكد الحقائق التى سبق عرضها من حيث :

- ضخامة الظاهرة من حيث الأرقام المطلقة أو النسبية .
- التواجد الكبير لهذه الظاهرة فى الريف عن الحضر .
- زيادة مشاركة الاناث فى هذه الظاهرة عن مشاركتها فى الاجمالى العام لقوة العمل .

تطور حجم الظاهرة :

يشتمل جدول رقم (٣) على سلسلة زمنية مدتها ١١ سنة ، من عام ١٩٧٤ الى عام ١٩٨٤ ، لبيانات كل من المشتغلين الذين يعملون فى السن من ٦سنوات الى أقل من ١٢ سنة ، وكذلك اجمالى قوة العمل بما فيها المجموعة العمرية السابقة (البيانات مأخوذة من الدورات السنوية لبحث القوى العاملة بالعينة) ويلاحظ أن هذه السلسلة لاتشتمل على بيانات عام ١٩٧٦ ، نظرا لعدم اجراء البحث المذكور عن هذه السنة وذلك بمناسبة اجراء التعداد العام للسكان عن عام ١٩٧٦ .

ويلاحظ على هذه البيانات أنه رغم وجود بعض الانخفاض فى عدد المشتغلين من صغار السن فى أربع سنوات هى ٧٨، ٧٩، ٨١ ، ٨٢ - الا أن الاتجاه العام لبيانات هذه المجموعة العمرية هو الارتفاع التدريجى وخاصة فى السنتين الأخيرتين ٨٣، ٨٤ حيث ارتفع عدد المشتغلين فى المجموعة من ٢ .٤٤٢ ألف عام ٨٢، الى ٨ .٧٧٥ ألف عام ٨٣ أى بزيادة نسبتها ٧٥٪ ، كما أن العدد حقق أيضا زيادة قدرها ٣٠٪ فى عام ٨٤ ، بالقياس الى عام ٨٣ . كما أن الحجم النسبى أى نسبة المشتغلين الى اجمالى قوة العمل ، قد حقق زيادة فى جميع السنوات ما عدا السنوات الأربع التى سبق الاشارة اليها .

وقد بلغت النسبة فى العامين الاخيرين ٦ .٥٪ فى عام ٨٣ ، و ٧٪ فى عام ١٩٨٤ .

مقارنة حجم الظاهرة فى مصر بالحجم فى بعض الدول الأخرى :

يتضمن الكتاب السنوى عن عام ٨٤ لاحصاءات العمل ،الذى تصدره منظمة العمل الدولية فى جنيف - البيانات المتاحة عن كل دولة فى هذا المجال .

ويضم الجدول رقم (٤) - المأخوذ من المصدر السابق - مجموعتين من الدول :

مجموعة مكونة من دول مازالت فى مرحلة النمو وهى : مصر ، بنجلاديش ، الباكستان ، الهند ، أندونسيا ، سوريا . ومجموعة مكونة من دول أوربية هى ايطاليا ، اليونان ، المجر ، رومانيا ، وهى دول قطعت شوطا كبيرا من مرحلة النمو والتقدم . هذا علما بأن الدول الأوربية الأخرى التى لم ترد بالجدول لم تظهر لها بيانات فى هذه المجموعة العمرية فى المرجع المشار اليه .

ورغم التسليم بأن المقارنات الدولية لها محاذيرها الا أنه يمكن التوصل الى المؤشرات العامة عن وجود الظاهرة بصورة متفاوتة فى الدول الواردة بالجدول . كما انها أكثر وضوحا فى حالة الدول النامية وتظهر أعلى نسبة فى بنجلاديش (٦ .١٩٪) ثم مصر (٣ .١٠٪) ثم الباكستان (١ .٩٪) .

ويستفاد من الجدول أن حجم الظاهرة فى الدول الأوربية صغير للغاية أى أقل من ١٪ فيما عدا ايطاليا حيث بلغت النسبة ٠ .٧٪ وهى نسبة كبيرة اذا قورنت بالدول الأوربية الأخرى الواردة بالجدول .

الجانب التشريعى لتنظيم تشغيل الاحداث :

أولا : الاتفاقيات الدولية :

اهتمت الاتفاقيات الدولية منذ عام ١٩١٩ ، بتنظيم تشغيل الأحداث ، وتحديد الحد الأدنى للسن التى يجوز فيها تشغيلهم ، وهذه الاتفاقيات هى :

١- الاتفاقية رقم ٥ لسنة ١٩١٩ بشأن الحد الأدنى للسن التى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى الأعمال الصناعية (١٤سنة) .

٢- الاتفاقية رقم ٧ لسنة ١٩٢٠ بشأن الحد الأدنى للسن التى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى العمل البحرى (١٤سنة) .

٣- الاتفاقية رقم ١٠ لسنة ١٩٢١ بشأن الحد الأدنى لسن الأحداث فى الزراعة (١٤سنة) .

٤- الاتفاقية رقم ١٥ لسنة ١٩٢١ بشأن تحديد السن الأدنى التى يجوز فيها تشغيل الشباب وقادين أو مساعدى وقادين (عطشجى) (١٨ سنة) .

٥- الاتفاقية رقم ١٦ لسنة ١٩٢١ بشأن الفحص الطبى الاجبارى للأحداث والشباب الذين يشتغلون على ظهر السفن (١٨سنة) .

٦- الاتفاقية رقم ٣٣ لسنة ١٩٣٢ بشأن الحد الأدنى لسن قبول الأحداث فى الأعمال غير الصناعية (١٤سنة) .

٧- الاتفاقية رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٦ (معدلة) بشأن تحديد السن الأدنى لاشتغال الأحداث بالملاحة البحرية (١٥سنة) .

٨- الاتفاقية رقم ٥٩ لسنة ١٩٣٧ (معدلة) بشأن الحد الادنى للسن التى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى الصناعة (١٥سنة) .

٩- الاتفاقية رقم ٦٠ لسنة ١٩٣٧ (معدلة) بشأن الحد الأدنى لسن قبول الأحداث فى الأعمال غير الصناعية (١٥ سنة) .

١٠- الاتفاقية رقم ١١٢ لسنة ١٩٥٩ بشأن تحديد السن الأدنى لمن يسمح لهم بالعمل كصيادين (١٥سنة) .

١١- الاتفاقية رقم ١٢٣ لسنة ١٩٦٥ والتوصية رقم ١٢٤ لسنة ١٩٦٥ ، بشأن الحد الأدنى لسن الذين يسمح لهم بالعمل تحت الأرض فى المناجم (١٨ سنة) .

١٢- الاتفاقية رقم ١٣٨ لسنة ١٩٧٣ ، والتوصية رقم ١٤٦ لسنة ١٩٧٣ بشأن الحد الأدنى لسن العمل فى جميع القطاعات (١٥سنة) ، والأعمال الصعبة (١٨ سنة) والأعمال الخفيفة بشرط المواظبة على استكمال التعليم أو التدريب (أقل من ١٥ سنة) .

ثانيا : التشريع المصرى :

مما لاشك فيه أن الحدث بطبعه وطبيعته وبسنه وبقدرته فى حاجة الى حماية تشريعية تقتضيها النظرة الانسانية والاجتماعية والاقتصادية .

ولما كانت الاتفاقيات الدولية قد عنيت منذ عام ١٩١٩ بتنظيم تشغيل الأحداث - كما تبين فيما سلف - فانه تمشيا مع هذا الاتجاه الدولى حرص المشرع المصرى ، ومنذ سنوات طويلة ، على حماية الحدث ، واحاطته بسياج من المبادىء القانونية التى تستهدف وضع حد أدنى لسن الحدث بحيث لايجوز تشغيله أو تدريبه قبل بلوغه هذه السن ، كما تدرج بالارتفاع بهذا السن تبعا لمدى مخاطر ومشقة الأعمال التى قد يقوم بها فمنع تشغيلهم اذا قلت السن عن ١٥ سنة فى مهن وصناعات معينة ، كما حظر تشغيلهم اذا قلت سنهم عن ١٥ سنة فى مهن وصناعات أخرى واضعا ضمانات الكشف الطبى الدورى عليهم وتقديم الطعام المناسب لهم ، وتحديد أقصى ساعات عمل لهم فى اليوم بست ساعات تتخللها فترة أو أكثر لتناول الطعام والراحة لاتقل فى مجموعها عن ساعة وبحيث لايعمل الحدث أكثر من ٤ساعات متصلة .

وفرض القانون عقوبات مالية على صاحب العمل الذى يخالف هذه الأحكام تتعدد حسب عدد العمال الذين حدثت بشأنهم المخالفات .

ونصت المادة ١٤٣ من قانون العمل الصادر بالقانون ١٣٧ لسنة ١٩٨١ على ان .

« يعتبر حدثا فى تطبيق أحكام هذا الفصل الصبية من الاناث والذكور البالغين اثنتى عشرة سنة كاملة وحتى سبع عشرة سنة كاملة . ويلتزم كل صاحب عمل يستخدم حدثا دون سن السادسة عشرة بمنحه بطاقة تثبت أنه يعمل لديه وتلصق عليها صورة الحدث وتعتمد من مكتب

القوى العاملة المختص وتختم بخاتمه » .

كما حظرت المادة ١٤٤ تشغيل أو تدريب الصبية قبل بلوغهم اثنتى عشرة سنة كاملة .

والزمت المادة ١٤٥ وزير القوى العاملة اصدار القرارات الخاصة بتشغيل الأحداث والظروف والشروط والأحوال التى يتم فيها التشغيل ، والاعمال والمهن والصناعات التى يعملون فيها وفقا لمراحل السن المختلفة .

وعلى ضوء ذلك وتنفيذا له ، فقد صدر القرار الوزارى رقم ١٢ لسنة ١٩٨٢ بتحديد الأعمال والمهن والصناعات التى لايجوز تشغيل الأحداث فيها اذا قلت سنهم عن ١٥ سنة . كما صدر القرار رقم ١٣ لسنة ١٩٨٢ فى شأن تحديد الأعمال والمهن والصناعات التى لايجوز تشغيل الأحداث فيها اذا قلت سنهم عن ١٧ سنة

وتحديدا لنظام تشغيل الاحداث وتبيانا للظروف والشروط والأحوال التى يتم التشغيل فيها صدر القرار الوزارى رقم ١٤ لسنة ١٩٨٢ بالقواعد التالية :

– لايجوز تشغيل الحدث فى الأعمال والمهن والصناعات التى تحدد لهم الاشتغال بها الا بعد تقديمه شهادة طبية تثبت خلوه من الأمراض وتقرر لياقته الصحية على مزاولة العمل وتستخرج هذه الشهادة من طبيب المنشأة .

– على كل صاحب عمل يستخدم حدثا أن يوقع عليه الكشف الطبى بصفة دورية مرة كل عام على الأقل وذلك للتأكد من خلوه من الأمراض والمحافظة على لياقته الصحية بصفة مستمرة كما يجب توقيع الكشف عليه عند انتهاء خدمته لاثبات حالته .

– على صاحب العمل عند تشغيله لحدث أو أكثر أن يحرر أولا بأول كشفا مبينا به أسماء الأحداث وسنهم وتاريخ استخدامهم وأن يعلق نسخة من هذا الكشف فى مكان بارز بالمنشأة .

– على صاحب العمل الذى يستخدم حدثا أو أكثر أن يقدم لكل حدث يوميا كوبا من اللبن المبستر بحيث لايقل وزن اللبن الصافى عن ٢٠٠ جرام .

ومع هذا كله ولمزيد من الحماية حتى لايتعرض الحدث للتشغيل لساعات طويلة نصت المادة ١٤٦ على الآتى .

« لايجوز تشغيل الحدث أكثر من ست ساعات فى اليوم ويجب أن تتخلل ساعات العمل فترة أو أكثر لتناول الطعام والراحة لاتقل فى مجموعها عن ساعة واحدة وتحدد هذه الفترة أو الفترات بحيث لايشتغل الحدث أكثر من أربع ساعات متصلة .

وفى جميع الأحوال لايجوز تشغيل الحدث فيما بين السابعة مساء والسادسة صباحا » .

وتنظيما لاجراءات التعامل مع الحدث نصت المادة ١٤٨ على :

– أن يعلق فى محل العمل نسخة تحتوى على الأحكام التى يتضمنها هذا الفصل .

– أن يحرر أولا بأول كشفا موضحا به ساعات العمل وفترات الراحة .

– أن تبلغ الجهة الادارية المختصة بأسماء الأحداث الجارى تشغيلهم وأسماء الاشخاص المنوط بهم مراقبة أعمالهم .

وخضوعا لمقتضيات الضرورة ومراعاة لظروف الريف المصرى نصت المادة ١٤٩ على أن « لاتسرى أحكام هذه الفصل على عمال الفلاحة البحتة » .

وفى أغسطس ١٩٨١ صدر القانون رقم ١٣٩ لسنة ١٩٨١ بإصدرا قانون التعليم الذى نص فى المادة ١٥ منه على مايأتى :

« التعليم الأساسى حق لجميع الأطفال المصريين الذين يبلغون السادسة من عمرهم تلتزم الدولة بتوفيره لهم ويلزم الآباء أو أولياء الأمور بتنفيذه وذلك على مدى تسع سنوات دراسية ، ويتولى المحافظون كل فى

دائرة اختصاصه اصدار القرارات اللازمة لتنظيم وتنفيذ الالزام بالنسبة للآباء وأولياء الأمور على مستوى المحافظة كما يصدرون القرارات اللازمة لتوزيع الأطفال الملزمين على مدارس التعليم الأساسى فى المحافظة ، ويجوز فى حالة وجود أماكن التجاوز بالنقص عن سته أشهر من سن الالزام مع عدم الاخلال بعدد التلاميذ المقرر للفصل » .

ويقتضى الأمر التوقف أمام هذه المادة لايضاح الآتى :

– أن قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ قد صدر فى ٦ أغسطس ١٩٨١ .

وأن قانون التعليم رقم ١٣٩ لسنة ١٩٨١ قد صدر فى ٩ أغسطس ١٩٨١، أى أن القانونين صدرا فى نفس الشهر بل فى ذات الأسبوع .

– هناك تعارض واضح بين مانصت عليه المادة ١٤٣ من قانون العمل بإيجازه العمل لمن بلغ اثنتى عشرة سنة كاملة ، وبين المادة ١٦ من قانون التعليم باعتبار مدة الالزام للتعليم الأساسى حتى سن الخامسة عشرة كاملة .

– برغم أن المادة ١٥ من قانون التعليم جعلت التعليم الأساسى حقا لجميع الملزمين الا أنها جعلت تنفيذه التزاما تلتزم به الدولة والآباء وأولياء الأمور .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار فى اجتماع المجلس حولها من مناقشات ، يوصى بالآتى :

* تعزيز الجهود المبذولة لضمان تنفيذ أحكام قانون العمل فيما يختص بالمواد المتعلقة بتشغيل الأحداث وحمايتهم ، واتخاذ الاجراءات العملية الكفيلة بالقضاء على ظاهرة تشغيل الأحداث دون سن العمل ، ولضمان توفير اشتراطات السلامة والصحة المهنية ، وذلك بإحكام الرقابة والمتابعة .

* النظر فى تعديل التشريع الحالى وذلك على النحو الآتى :

– تشديد العقوبة فى حالة مخالفة تنفيذ أحكام قانون العمل فيما يختص بتشغيل الأحداث والقرارات الصادرة بشأنه .

– رفع الحد الأدنى لسن العمل المنصوص عليه فى قانون العمل الصادر بالقانون ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، ليكون ١٥ عامابدلا من ١٢ حتى يتوافق مع السن السائد للمنتهين من مرحلة التعليم الأساسى وهو ١٥ عاما .

* التوسع فى الطاقة الاستيعابية فى مرحلة التعليم الأساسى مع توفير الامكانات التعليمية لاستيعاب جميع الملزمين ، وفق خطة زمنية محددة على مراحل ، وذلك على ضوء توصيات المجلس القومى للتعليم فى هذا الشأن ، والتى أكدت على مايأتى :

– علاج ظاهرة التسرب من مرحلة التعليم الأساسى بكافة الطرق الممكنة ومنها تطوير المناهج ، وعلاج المشاكل الاجتماعية للطلاب على ضوء نتائج البحوث الاجتماعية التى يجريها الأخصائيون الاجتماعيون بالمدارس .

– الاهتمام بأسلوب التوجيه المهنى فى مرحلة التعليم الأساسى وذلك بتوجيه الدارسين الى المهن التى تتفق مع ميولهم واستعداداتهم وقدراتهم على أن تكون هذه المهن متلائمة مع متطلبات البيئة واحتياجات أسواق العمل فى أماكن هذه المدارس.

– إعداد مدرسى التعليم الأساسى إعدادا علميا وتربويا ، بما يتفق مع أهمية هذه المرحلة لصغار السن وذلك حتى يمكن ايجاد نوع من الرغبة والألفة بين التلميذ والمدرسة ، وحتى يمكن تقليل عدد المتسربين .

* تنظيم حملات للتوعية بالنتائج السلبية لتشغيل صغار السن مع الاهتمام باعداد برامجها وتنظيمها فى المناطق وفى الأنشطة الاقتصادية التى يكثر فيها تشغيل الأحداث .

* التاكيد على توصية المجلس القومى للانتاج بشأن تشجيع أصحاب الحرف والورش المختلفة على التوسع فى تدريب الصبية فى محالهم وورشهم مع مراعاة أحكام القانون . على أن لايخل تدريب الأحداث منهم بالتزامهم بالالتحاق بالتعليم الأساسى ، كأن يتم التدريب فى دورات تعقد أثناء الاجازات الدراسية الصيفية .

جدول(١)
المشتغلون أقل من ١٢ سنة ونسبتهم الى قوة العمل

حضر / ريف	النوع	مشتغلون (٦ الى أقل من ١٢ سنه)	اجمالى قوة العمل ٦ سنوات فاكثر	المشتغلون من ٦ -١١ الى اجمالى قوة العمل ٦ فاكثر	المشتغلون ٦ -١١ الى اجمالى قوة العمل ١٢ فاكثر	المشتغلون ٦-١١ الى اجمالى قوة العمل ١٢ فاكثر
					٪	٪
حضر	ذكور	١٦٣١	٥٠١٧٧	٤٨٥٤٦	٣,٣	٣,٤
	اناث	١٢٩٥	١٣٢٠٣	١١٩٠٨	٩,٨	١٠,٩
	جملة	٢٩٢٦	٦٣٣٨٠	٦٠٤٥٤	٤,٦	٤,٨
ريف	ذكور	٤٠٥٢	٦٣٤٥٣	٥٩٤٠١	٦,٤	٦,٨
	اناث	٣١٦٥	١٦٧٨٠	١٣٦١٥	١٨,٩	٢٣,٣
	جملة	٧٢١٧	٨٠٢٣٣	٧٣٠١٦	٨,٩	٩,٩
جملة	ذكور	٥٦٨٣	١١٣٦٣٠	١٠٧٩٤٧	٥,٠	٥,٣
	اناث	٤٤٦٠	٢٩٩٨٣	٢٥٥٢٣	١٤,٩	١٧,٥
	جملة	١٠١٤٣	١٤٣٦١٣	١٣٣٤٧٠	٧,٠	٧,٦

* الارقام بالمئات ماعد النسب المئوية
* المصدر : بحث العمالة بالعينة نتائج دورة مايو ١٩٨٤ (الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء) .

جدول رقم (٢)

تقدير قوة العمل (١٢ - ٦٤) حسب فئات السن والنوع

حضر / ريف مايو ١٩٨٤

حضر / ريف	النوع	فئات السن								جملة
		١٢-١٤	١٥-١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥-٢٩	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠ - ٥٩	٦٠ - ٦٤	
حضر	ذكور	٩٠٥	٣٦١٦	٦٣١٣	٦٥٤٧	١٠٠١٥	٩٦١٨	٧٧٥٥	١٧٥٧	٤٦٥٢٦
	اناث	١٩٢	٩٠٢	٣٠٢٨	٢١٣٧	٢٦٣٥	١٤٨٨	٦٢٦	١١٣	١١١٢١
	جملة	١٠٩٧	٤٥١٨	٩٣٤١	٨٦٨٤	١٢٦٥٠	١١١٠٦	٨٣٨١	١٨٧٠	٥٧٦٤٧
ريف	ذكور	٢٥٢٥	٧١٢٨	٧٠٩٦	٦٣٤٩	١٠٧٢٨	١٠٠٦١	٨٥٨٠	٣٢٠٧	٥٥٦٧٤
	اناث	٩٦١	٢٠٨٤	١٦٩٦	١٥٠٢	٢٤٣٤	٢١٤١	١٢٥٤	٣٥٣	١٢٤٢٥
	جملة	٣٤٨٦	٩٢١٢	٨٧٩٢	٧٨٥١	١٣١٦٢	١٢٢٠٢	٩٨٣٤	٣٥٦٠	٦٨٠٩٩
جملة	ذكور	٣٤٣٠	١٠٧٤٤	١٣٤٠٩	١٢٨٩٦	٢٠٧٤٣	١٩٦٧٩	١٦٣٣٥	٤٩٦٤	١٠٢٢٠٠
	اناث	١١٥٣	٢٩٨٦	٤٧٢٤	٣٦٣٩	٥٠٦٩	٣٦٢٩	١٨٨٠	٤٦٦	٢٣٥٤٦
	جملة	٤٥٨٣	١٣٧٣٠	١٨١٣٣	١٦٥٣٥	٢٥٨١٢	٢٣٣٠٨	١٨٢١٥	٥٤٣٠	١٢٥٧٤٦

الارقام بالمئات

المصدر : بحث العمالة بالعينة نتائج دورة مايو ٨٤ (الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء)

جدول(٣)

المشتغلون أقل من ١٢ سنة ونسبتهم الى قوة

العمل فى الفترة من ١٩٧٤ – ١٩٨٤

السنة	المشتغلون ٦ الى اقل من ١٢ سنة	اجمالى قوة العمل ٦ سنوات فأكثر	النسبة ٪
١٩٧٤	٢٦٥٤	٩٦٧٧٩	٢,٧
١٩٧٥	٤٤٤٧	١٠٠٨٠٢	٤,٤
١٩٧٧	٤٩١٩	١٠٤١٥٧	٤,٧
١٩٧٨	٤٦٤٠	١٠٧٤٣٣	٤,٣
١٩٧٩	٣٧٩٠	١٠٩٧١١	٣,٥
١٩٨٠	٦٠٢٤	١١٤٤٢٤	٥,٣
١٩٨١	٥٢١٣	١١٥٠٧٢	٤,٥
١٩٨٢	٤٤٢٢	١١٦٣٧٧	٣,٨
١٩٨٣	٧٧٥٨	١٣٨٤٢٢	٥,٦
١٩٨٤	١٠١٤٣	١٤٣٦١٣	٧,٠

الارقام بالمئات ماعدا النسب المئوية

المصدر : بحث العمالة بالعينة الدورات من ١٩٧٤ الى سنة ١٩٨٤ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء

جدول(٤)

المشتغلون أقل من ١٥ سنه واجمالى قوة العمل

فى بعض الدول المختارة

الدولة	التاريخ	المشتغلون أقل من ١٥ سنه	اجمالى قوة العمل	النسبة المئوية للمشتغلين أقل من ١٥ سنة الى اجمالى قوة العمل
مصر	٨٤	١٤٧٢٦٠٠	١٤٣٦١٣٠٠	١٠,٣
بنجلاديش	٨١	٦٠٥٧٢٥٦	٣٠٨٥٥٩٦١	١٩,٦
الهند	٨١	١٣٥٩٢٣٦٦	٢٤٤٦٠٤٩٧٩	٥,٦
اندونيسيا	٨٠	١٩٥٨٨١٥٦	٥٢١٥٣٣٤٥	٣,٨
باكستان	٨٤	٢٥١٨٠٠	٢٧٧٤٠٠٠٠	٩,١
سوريا	٨٣	٤١١٦٣	٢١١٢٧٦٠	١,٩
اليونان	٨٢	٩٨٠٠	٣٧٠٦٦٠٠	٠,٣
المجر	٨٠	٣١٨٥	٥٠٦٨٨٤٠	٠,٣
ايطاليا	٨٣	١٦١٩٠٠٠	٢٢٩٨٢٠٠٠	٧,٠
رومانيا	٧٧	٥٦٧٦	١٠٧٩٣٦٠٢	٠,١

المصدر : ١ – الجدول الاول من الكتاب السنوى لاحصاءات العمل الصادر من منظمة العمل الدولية عن عام ١٩٨٤ .

٢ – بيانات مصر مأخوذة من بحث القوى العاملة بالعينة عن عام ١٩٨٤ .

سياسات التدريب المهنى

الانسان هو العنصر الرئيسى الذى يملك استغلال الموارد الطبيعية ، ولذلك فان تنميته لا يمكن ان تتم بمعزل عن الظروف البيئية والمتغيرات الاجتماعية القائمة والتى تؤثر فيه وتتأثر به . ولما كانت الموارد الطبيعية المستغلة فى مصر محدودة ، بينما الموارد الطبيعية البشرية أكثر وفرة ، فمن الضرورى ان يكون التركيز على تنميتها واستخدامها ، عن طريق اكسابها القدر المناسب والملائم من المهارات والمعارف لاستغلال الموارد الطبيعية بكفاءة ، ولاستيعاب التكنولوجيا الحديثة لتنفيذ خطط التنمية ، ولايتم ذلك الابالتعليم والتدريب ، حتى تكون قادرة على العطاء فى مختلف الانشطة الاقتصادية والاجتماعية . وتكمن أهمية التدريب – الى جانب التعليم – فى أنه عملية مكملة تساعد على تهيئة القوى العاملة ، بتخصصاتها ومستوياتها المختلفة ، لمقابلة احتياجات المشروعات ، فى الوقت المناسب وبالنوعية المطلوبة .

وقد حظيت جميع هذه الموضوعات بعناية المجالس القومية على مدى دوراتها الماضية ، إذ اهتمت بدراسة مختلف الجوانب الخاصة بقوة العمل فى المجتمع المصرى ، ودورها فى إحداث التنمية الشاملة ، وما تحتاجه لتحقيق هذا الهدف من تعليم وإعداد وتدريب .

وتمثل عمل المجالس فى عدد كبير من البحوث والدراسات الموسعة من بينها مايأتى :

- استراتيجية إعداد الفنيين . وتم انجازها سنة ١٩٧٥ .
- اعداد الفنيين على مستويات العمالة المختلفة . وتم انجازها سنة ١٩٧٦ .
- التعليم الفنى والتدريب التقنى وتم انجازها سنة ١٩٧٧ .

ومنذ بدأ عمل المجلس القومى للخدمات ، تتابع نشاطه فى هذا الاتجاه ، فأنجز بشأنه مجموعة من الدراسات يأتى فى مقدمتها :

- تخطيط القوى العاملة ودوره فى التنمية . وتم انجازها سنة ١٩٨٠ .
- سياسة التدريب الحرفى والمهنى . وتم انجازها سنة ١٩٨٢ .

وقد رؤى ان تستكمل هذه الجهود بدراسة مستحدثة ، تأخذ فى اعتبارها ماطرأ من متغيرات وماجد من بيانات ومعلومات لم تكن متوفرة عند إعداد الدراسات السابقة . ومن ثم أعدت هذه الدراسة التى يخلص موجزها فيمايأتى :

الانفاق على التدريب : خصصت الخطة الخمسية الأولى مبلغ ٣٠٠ مليون جنيه للانفاق على أنشطة التدريب المختلفة ، بواقع ٥٠ مليون جنيه فى العام مضاف اليها احتياطى مقداره ٥٠ مليون جنيه .

ويدأ كل قطاع عمل سياسة خاصة به ، دون تنسيق مع باقى القطاعات ، لعدم وجود سياسة قومية للتدريب تلتزم بها هذه القطاعات . ومن ثم لم يظهر أثر جدى لهذه المبالغ على مستويات التدريب ، وبالتالى على زيادة الانتاج أو تقليل العجز فى بعض المهن الحاكمة ، مما أدى الى ارتفاع أجور العمال الحرفيين وزيادة التكاليف بنسبة كبيرة .

الامكانات الراهنة للتدريب المهنى :

تتوفر فى البلاد أجهزة متعددة – سواء كانت حكومية أو قطاعا عاما أو قطاعا خاصا – تعمل فى مجالات توفير خدمات تدريبية مختلفة ، لكل منها هدفه الخاص ومن هنا كانت صعوبة إعداد حصر شامل دقيق

لامكانات التدريب المهنى . وقد أجريت محاولات لحصر هذه الامكانات بمعرفة الجهاز المركزى للتنظيم والادارة ، والجهاز المركزى للتعبئةالعامة والاحصاء . غير أن أقرب المحاولات الى ايجاد حصر بامكانات التدريب المهنى المتاحة ، هى المحاولة التى قامت بها وزارة القوى العاملة والتى تضمنت بيانات تفصيلية مجمعة عن : وحدات التدريب المهنى التى أمكن حصرها بالحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص وامكاناتها من حيث التجهيزات والمعدات ، وعدد المدربين والسعة الاستيعابية لمراكز التدريب ، ومستوى التدريب بعد التخرج .

وتخلص دراسة الجداول التفصيلية لهذه الدراسة فيما يأتى :

– أن المراكز التخصصية تضمنت معظم الوحدات التدريبية التى تتبع الشئون الاجتماعية ، وعددها ١١٠ من مراكز التكوين المهنى ومشاغل وجمعيات خدمة المجتمع . وهذا يغير كثيرا من مفهوم المركز التخصصى من الوجهة الفنية وينطبق نفس الشيء على مراكز الادارة المحلية ، وعددها ٣٥ مركزا ، ومراكز الشباب وعددها ١١ مركزا ، وكذلك مراكز المدربين تعتبر مستوى آخر غير مستوى العامل الماهر ، ولايجب أن تحصر معه . أما أماكن التدريب الأخرى فقد عرفها التقرير بأن معظمها مدارس صناعية تزاول برامج تدريبية علاوة على عملها الأصلى . وبصفة عامة يظهر بجلاء أن القطاع الحكومى يتبعه نحو ٦٠،٥ ٪ مناجمالى وحدات التدريب ويتقاسم القطاع العام والقطاع الخاص النسبة الباقية ، تقريبا ، من حيث العدد فى الوحدات وليس من حيث السعة أو المتدربين . لأن القطاع العام يستوعب حوالى ثلاثة أمثال ماتستوعبه وحدات القطاع الخاص التدريبية .

كما يلاحظ أن هذه الاحصائيات – وهى الخاصة بعام ١٩٨٤ / ١٩٨٥ – لاتمثل واقع الحال عام ١٩٨٧ ، حيث زاد عدد مراكز التدريب المهنى بجهاز التشييد والبناء من ٢٧ مركزا الى ٤٤ مركزا ، كما بدأ العمل فى بعض مراكز التدريب الجديدة بوزارة الصناعة . أما بالنسبة للمشروعات الجارى تنفيذها ، والتى تضمنتهاخطة الدولة الخمسية ١٩٨٢ /١٩٨٧ ، فلم يتضمنها الحصر ولم يشير اليها ، وهى طاقات استيعابية كبيرة ، خاصة بالنسبة لقطاع الصناعة (مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى) .

– أن القطاع الحكومى – يشكل ٦٦٪ من اجمالى السعة الاستيعابية يليه القطاع العام بنسبة ٢٥٪ ، ثم القطاع الخاص بنسبة ٩٪ ، وأن اجمالى سعة الاستيعاب سنويا بلغ ٧٥٣٦٨ متدربا . كما يلاحظ أن نسبة الاشغال لاتزيد على ٧٦٪ بصفة عامة .

وهذه المؤشرات العامة تعطى بعض الثقة بالتدريب فى القطاع الحكومى ولكن الملفت للنظر هو موقف القطاع العام الذى تبلغ نسبة الاشغال به ٧٥٪ فقط ومن ثم يجب دراسة أسباب عدم الاستيعاب الكامل ، وما اذا كانت احتياجات سوق العمل من المتدربين أقل من السعة الموجودة ، وبالتالى نتجه للحد من قيام مشروعات جديدة للتدريب ، أم أن هناك أسبابا أخرى .

– أن أكبر أجهزة التدريب فى مصر – على مستوى الوزارات – هو الموجود بقطاع الصناعة ، اذ يستوعب ٥٢٪ من اجمالى المتدربين . بالنسبة للتدريب على مستوى العامل الماهر يستوعب ٧٠٪ من اجمالى الاستيعاب يليه على مستوى الجمهورية جهاز التدريب للتشييد والبناء ، ويستوعب نحو ١٣،٥٪ ثم الانتاج الحربى ويستوعب نحو ٧،٦٪ .

وفى حين أن الوزارة التى يتبعها أكبر عدد من وحدات التدريب هى وزارة الشئون الاجتماعية – التى يتبعها نحو ١٣٢ وحدة تدريب حكومية أو القطاع الخاص – الا أنها تستوعب فقط ٥،٤٪ من اجمالى المتدربين .

– أن عدد المدربين المفروض تواجدهم – فى وحدات التدريب التى تم حصرها – يبلغ نحو ٧٦٧٥ مدربا ، ولكن يوجد منهم ٦٧٤١ مدربا بعجز قدره ١٢،٢٪ وتزيد نسبة العجز فى مراكز التدريب التى تعد العامل الماهر لتبلغ ١٤،٢٪ .

– أن الجهات المتخصصة فى التدريب ، والتى تعد مدربيها بالاسلوب

العلمى السليم ، هى أكثر الجهات التى تعانى من العجز فى إعدادهم ، وقد ترتب على هذا العجز زيادة عدد المتدربين لكل مدرب ، فارتفعت الى نحو ٢٨ متدربا لكل مدرب فى مصلحة الكفاية الانتاجية ، والى نحو ١٧ متدربا فى جهاز التدريب للتشييد والبناء . مما يقلل كثيرا من مستوى التدريب والمتدربين .

مقومات مراكز التدريب :

يتضمن التدريب المهنى فى مصر صورا متعدده منها : تدريب المبتدئين ، والتدريب بمواقع العمل ، والتدريب السريع ، والتدريب المستمر ، والتدريب التخصصى ، وتدريب المدربين .

ولماكان المقصود بالتدريب المهنى هو : إعداد الأفراد مهنيا ، بقصد إكسابهم مهارات جديدة أو رفع انتاجيتهم – فان هناك مقومات ينبغى أن تتوافر فى أى مركز للتدريب ليمكن الاعتماد عليه فى تحقيق هذه الأهداف .

وفى مقدمة هذه المقومات مايأتى :

– توفير الجهاز الفنى المناسب لمستوى التدريب ، والبرامج المنفذة .

– توفير المكان بالسعة المناسبة ، مع توفير اشتراطات الأمن والسلامة والتنظيم السليم لظروف ومستوى التدريب .

– يكون المركز مزودا بالمعدات اللازمة المناسبة لعدد المتدربين .

– توفير المناهج والبرامج الأساسية ومواد التدريب المناسبة .

– أن يكون التدريب وفقا لمواصفات المهن والأعمال المطلوب التدريب عليها .

– توفير نظام سليم لمتابعة أنشطة التدريب وتقييمها .

التدريب المهنى وعلاقته بالتعليم الفنى :

لكل من التعليم الفنى والتدريب المهنى دور ومسئولية فى تكوين المهارات .

فالتعليم الفنى : يعد غاية فى حد ذاته ، حيث يهتم ببناء الطالب على قاعدة عريضة من المعلومات والمواد الثقافية والعلمية والفنية ، مع اهتمام أقل بالناحية العملية التطبيقية ، اذ تتوفر فرص تدريب ضئيلة بمواقع العمل وفى الأجازات الصيفية .

ويهدف التعليم الفنى الى إعداد فنيين على مستوى أعلى من العمال المهرة أما برامجه فهى بطيئة التغيير ، وبالتالى لاتواكب عادة التطور السريع . ومدة الدراسة به لاتقل عن ثلاث سنوات دراسية ، وقد تزيد الى خمس سنوات .

أما التدريب المهنى : فيمكن أن يكون للأمى ، كما يخدم كافة المستويات التعليمية ، فهو وسيلة تلازم الفرد أطول مدة من سنى حياته وانتاجه ، وقد يبدأ من سن السادسة ويستمر الى نهاية عمر المتدرب . وعادة يبدأ التدريب بمجرد انتهاء فترة التعليم الأساسى ودخول الفرد الى سوق العمل .

وقد يكون التدريب هو المدخل لإعداد الفرد عمليا للعمل ، وتزويده فنيا بالمعلومات والمهارات المطلوبة لمهنة معينة قبل مزاولتها . وقد يحصل المتدرب نظير ذلك على شهادة معترف بها ، اذا كان اساسه العلمى يسمح بذلك كما فى نظام التلمذة الصناعية بعد الدراسة الاعدادية .

وفى مواجهة التطورات الحديثة – فى الأساليب والنظم والمعدات والأعمال والمسئوليات – يتأكد أن التدريب المهنى هو الأسلوب المناسب لمواجهة هذه المواقف ، وإعداد البرامج المناسبة لكل منها .

وفيما يختص بسياسات التعليم الفنى وارتباطها بالتدريب المهنى ، والمشكلات التى تعوق تطوره فانها تتلخص فى النقاط التالية :

التخطيط : ان ربط التعليم الفنى والتدريبى بسياسات خطة التنمية للدولة انما يعتمد اساسا على البيانات الاحصائية ، لرسم سياسات القبول وتحديد نوعية المناهج ، وذلك لإيجاد التوازن بين العرض والطلب بشرط دقة الاحصائيات ، وهذا غير متوفر حاليا بالدقة الواجبة .

التنسيق بين التعليم الفنى والتدريب المهنى : التعليم الفنى ليس المجال الوحيد لتخريج العمالة الفنية على مستوى الدولة ، ولكن هناك جهات أخرى – من الحكومة والقطاع العام وكذلك القطاع الخاص –

تتولى إعداد وتخريج الفنى والمهنى مع وجود اختلاف فى خطط ومناهج الدراسة والتدريب فى كل منهما ، مما يتسبب فى وجود معوقات عند تحديد مستويات موحدة للمهنة .

متابعة الخريجين : تفيد متابعة الخريجين فى الحصول على بيانات واحصاءات تساعد على إعداد خطط دقيقة ، تؤدى الى رفع مستوى العملية التعليمية والتدريبية كما وكيفا ، بالاضافة الى تحديد النوعيات والأعداد والمستويات وفق الاحتياجات العامة للتنمية ، الى جانب توجيه الفائض الى تخصصات أخرى أكثر فائدة ، وهذا غير متوفر حاليا .

التمويل : تعتبر تكلفة التعليم الفنى والتدريب المهنى باهظة بالمقارنة بأنماط التعليم الأخرى ، وتقوم الدولة فى حدود الامكانات بتغطية هذه التكاليف .

إعداد المدرس والمدرب : تعتمد سياسة التعليم والتدريب أساسا على المدرس والمدرب الكفء ، حيث ان عدد العاملين فى هذه المجالات لايغطى احتياجات المدارس ومراكز التدريب .

تنظيم العمالة المهنية : يحتاج السوق الى عمالة مهنية ماهرة ، من خلال تنظيم دقيق كفيل بالتغلب على مشكلات دخول عمالة متطفلة غيرماهرة لبعض المهن .

الدراسة والمناهج النظرية والعملية : توجد – فى معظم الحالات – فجوة بين التعليم والتدريب من حيث المناهج والمقررات الدراسية وبرامج التدريب ، وبين النظم التى تساير التطور السريع المستمر فى تكنولوجيا العمل .

التجهيزات والمعدات الفنية : أن المهارة لايمكن اكتسابها الا بممارسة العمل على المعدات والآلات والأجهزة ، ولابد من مسايرة التطور التكنولوجى . وبما أن المعدات والآلات والأجهزة هى ركيزة العملية التعليمية والتدريبية ، حيث أنها فى تطوير دائم ، فان قصور المعدات يؤدى الى انخفاض كفاءة التدريب .

تخطيط التدريب على المستوى القومى : صدرت عدة تشريعات تناولت التدريب تخطيطا وتنظيما وتنفيذا وتمويلا ، وفيما يلى بيان موجز لها :

– المرسوم الجمهورى فى ٤/١١/ ٥٤ بانشاء المجلس الدائم للتدريب المهنى والكفاية الانتاجية .

– القانون رقم ١١٨ لسنة ٦٤ بانشاء الجهاز المركزى للتنظيم والادارة ونص على ان يقوم بالاشراف على الأجهزة المركزية لتدريب العاملين وتنظيم الدورات التدريبية العامة .

– القرار الجمهورى رقم ٩٠٩ لسنة ٦٧ بانشاء الجهاز المركزى للتدريب كهيئة مستقلة تتبع رئيس الوزراء . ثم تمت تصفية هذا الجهاز بصدور القرار الجمهورى رقم ٧٥٧ لسنة ٧٢ بنقل مسئولياته لوزارة القوى العاملة .

على أنه تنفيذا للمادة ١١ من القرار ٩٠٩ المشار اليه انشئت المجالس الاقليمية للتدريب .

– القرار الجمهورى رقم ٧٩٦ لسنة ٧٢ بانشاء المجلس الأعلى للتدريب .

– قرار رئيس الوزراء رقم ١٨٨ لسنة ٧٤ بانشاء وحدات التدريب فى مختلف الجهات .

المجلس الأعلى للقوى العاملة والتدريب الذى ألغى القرار ٧٩٦ المشار اليه آنفا .

– وأخيرا صدر القرار الجمهورى رقم ٤٥٩ لسنة ٨٢ بانشاء المجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب برئاسة رئيس مجلس الوزراء والذى لم ينعقد الا ثلاث مرات كان آخرها منذ عامين .

ويستفاد مما تقدم أنه وبعد أكثر من ثلاثين عاما – من محاولات انشاء أجهزة ومجالس عليا تختص بالتدريب – لم تنجح هذه المحاولات فى تحقيق الأهداف المبتغاة منها ، وهذا يدعو الى البحث عن الأسلوب الاكثر جدية وفعالية للوصول الى هذه الاهداف .

أنشطة التدريب المهنى :

يشتمل قطاع التدريب عامة على أنشطة رئيسية تتمثل فيما يأتى :

قطاع التدريب المهنى المنظم : ويشمل مراكز التدريب المهنى التى لديها برامج ونظم وامكانات تدريب وضعت بأسلوب علمى ، للوصول الى مستوى مهارة محدد يحتاجه سوق العمل فعلا ، وتمنح شهادات بعد اتمام التدريب .

قطاع التدريب غير المنظم : ويشمل الانشطة الهادفة الى تعليم وتدريب الشباب على المهن المختلفة ، بأسلوب غير مبرمج يعتمد أساسا على التمارين العملية والعمل الانتاجى ، ولايهتم بالوصول الى مستوى مهارى معين .

قطاع التدريب التخصصى : ويشمل بعض أنشطة التدريب التى يحتاجها بعض الجهات القائمة بها مثل : البريد والرياضة والتسويق والتأمين والدفاع المدنى والمرور والشرطة والاسعاف والفندقة والطيران المدنى . وليس الهدف منها إعداد فنيين بالمعنى العلمى ، ولكن إعداد أفراد يتفقون على العمل فى مجال هذه الأنشطة . وان كانت هذه المراكز تحسب على قطاع التدريب الفنى .

قطاع الصبية : حيث يلتحق الصبية ببعض الورش الخاصة ، أو بعض المؤسسات الحكومية المهنية لتعليم المهنة على الطبيعة.

وهذا النظام وان كان يمنح فرص التدريب العملى للقوى البشرية منذ الصغر ، الا أنه لايتبع منهجا منظما أو أسلوبا محددا لتعليم الحرف المختلفة . ولكنه يتوقف على قدرة الفرد على الملاحظة والمحاكاة .

ويشمل هذا المجال أيضا أسلوب توريث الحرف الذى كان سائدا منذ مدة طويلة ، وفى بعض الأحيان ينتج عنه عمالة ماهرة .

مستويات المهارة القومية :

يعتبر هذا العنصر من العناصر الهامة التى تهدف الى الوصول بالقوى العاملة الى مستوى المهارة المطلوب للأنشطة المختلفة ، وهو يحدد مسبقا احتياجات هذه الأنشطة عن طريق التدريب الهادف . فتحديد مستويات المهارة أمر اساسى لكل دولة للحفاظ على تطوير قوتها البشرية العاملة .

ومنذ سنوات ، أنجزت وزارة القوى العاملة والتدريب « التصنيف العربى الموحد " ثم صنفت " مستويات مهارة لمجموعة من الأعمال والمهن شائعة الاستخدام فى نطاق ثلاثة مستويات محددة هى :

عامل ماهر ، وعامل متوسط المهارة ، وعامل محدود المهارة » .

وفى محاولة أخيرة – بدأت فى نهاية عام ١٩٨٤ ثم تعثرت خلال عام ١٩٨٦ – تشكلت مجموعة عمل تمثل معظم الجهات المعنية لتوحيد الجهود المبذولة فى هذا المجال ، أثمر عملها عن بعض النتائج الأولية ، ولو استمر نشاطها ومتابعتها وتأييدها لأمكن الوصول من خلالها الى الهدف المنشود.

أسس تحديد المهارة على المستوى القومى : يجب أن يبدأ موضوع تحديد مستويات المهارة من خلال تفاهم جماعى بين كل الأطراف المعنية على مايلى :

– تحديد المهن والأعمال ومسمياتها الرسمية وتحديد رقم التصنيف المناسب لها.

– تحديد مسميات المهن ومستوياتها وتوصيف كل منها (مهنى – عامل ماهر – عامل متوسط المهارة – عامل محدود المهارة ....) .

– مراجعة هذا التوصيف دوريا لتطويره وفق تطور العمل وأسلوبه والمعدات المستخدمة فيه ومجالاته والتكنولوجيا الجديدة المستحدثة فيه .

– وضع اختبارات قياسية لكل مستوى ولكل مهنة تتضمن المعلومات والمعرفة الواجب توافرها والمهارات اللازم اتقانها والمناسبة لهذا المستوى .

– تحديد الجهات الفنية التى لديها القدرة والخبرة والامكانات لأداء هذه الاختبارات والاعتراف بنتائجها .

– خضوع العاملين بجميع الجهات بالقطاع العام والخاص أو الاستثمارى والراغبين فى الالتحاق بالأعمال المختلفة لهذه الاختبارات لتحديد مستوى كل فرد فى مجال عمله . مع منح كل فرد بطاقة تثبت ذلك ويعامل على أساسها .

- خضوع الأجور الأساسية وربطها بهذه المستويات لكل عمل على حدة حسب أهميته والحاجة اليه وظروفه .

- إعادة اختبار الفرد كلما رغب فى الانتقال من مستوى الى أخر ، أو كل فترة زمنية فى مستواه للتأكد من مناسبته لمستوى أعلى أو احتفاظه بمهارته فى مستواه الحالى .

وعلى ضوء هذه الأسس يمكن وضع تنظيم قومى يحقق مايلى :

- الاستفادة القصوى من جميع الوحدات الانتاجية ، سواء بالشركات أو بالورش الخاصة على هدى من هذه الأسس فى إعداد وتدريب وتكوين القوى البشرية بطريقة بناءة .

- توفير المعرفة اللازمة لكافة الأعمال بمستوياتها المختلفة باشتراك أصحاب الأعمال والنقابات والأجهزة المعنية بالتدريب لتكون فى متناول القوى البشرية فى الوقت المناسب لإعداد القوى البشرية اللازمة بما يتلاءم مع الاحتياجات الحقيقية لسوق العمل المتطور .

- قيام أجهزة التدريب التابعة للدولة أو المتوفرة بالشركات بوضع برامج وأساليب التدريب المناسبة للأعمال المختلفة وفقا لما توفر لديها من توصيف المستويات المختلفة . وبالتالى تحدد أهداف التدريب ، والمدة الزمنية الاقتصادية المناسبة لاتمام هذا التدريب لكل مهارة ، وتحديد المعلومات الضرورية وأساليب تقديمها ، ويؤدى ذلك الى ترشيد التكلفة مع تحقيقه لأهداف التدريب وأغراضه .

- قيام الأجهزة المتخصصة والمركزية للتدريب بتوفير مواد التدريب المطبوعة والمصورة والمسموعة والمناسبة لكل الاستخدامات بكميات اقتصادية وفقا للحاجة.

- اجراء اختبار تشخيصى لكل عامل لتحديد مستواه ، وبناء عليه يوجه الى مايجب عليه معرفته واتقانه ، وعلى الفرد الطموح لمستوى أعلى أن يحصل على ذلك سواء ذاتيا من خلال عمله أو بالالتحاق ببرنامج التدريب المناسب .

ويترتب على تنفيذ مثل هذه السياسة مايأتى :

- توحيد مستوى الأفراد فى العمل الواحد بالوحدة الانتاجية ، مما يترتب عليه توافق الانتاج وسهولة إحلال الأفراد مكان بعضهم البعض .

- التأكد من مستوى مهارة الفرد ومناسبته للعمل دون حاجة الى اختبارات أخرى تتدخل فيها عوامل مختلفة .

- سهولة تلبية احتياجات الدول الأخرى ، واطمئنانها الى مستوى الأفراد عند التعاقد مما يحافظ على حقوق العامل .

- سهولة منافسة القوى العاملة فى الدول المختلفة .

- سهولة إعداد برامج التدريب لرفع مهارة العاملين ، حيث يمكن إعداد برامج لمجموعات متساوية تقلل من تكلفة التدريب الفردى وتحقق فاعلية أكثر .

- سهولة تخطيط برامج التدريب على مستوى المنشأة ، لتوفير المعلومات الكافية عن الأفراد ، وتحديد ماينقصهم من معلومات أو مهارات لمواجهة أى تطوير فى العمل الانتاجى .

- القضاء على التقدير الجزافى لمستوى الفرد ، مما يحقق الأجر العادل لكل من العامل والوحدة التى يعمل بها .

- سهولة تخطيط برامج التعليم والتدريب القومى لتواجه مستويات محددة ومدروسة .

حجم التشغيل فى الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٧ :

أشارت هذه الخطة الى أن حجم التشغيل فى السنة الأخيرة منها سيصل الى حوالى ١٢.٦٢٩٤ مليون مشتغل ، بينما كان اجمالى المشتغلين فى سنة اساس الخطة ٨٢/٨١ حوالى ١٠.٧٠٤ مليون مشتغل ، وبذلك تحقق هذه الخطة حوالى ١.٩٢٧ مليون فرصة عمل جديدة ، بمتوسط قدره حوالى ٣٨٥ ألف فرصة عمل جديدة إلى جانب فرص العمل الناتجة عن عمليات الاحلال .

وقد قام الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، فى يونيه ١٩٨٥ بعمل دراسة عن سوق العمل فى مصر حتى عام ١٩٩٠ ، لكل قطاعات الدولة ، من واقع هذه الخطة . واتضح منها أن فرص العمل خلال

سنوات الخطة فى كل قطاعات الدولة تبلغ ٢٤٥٣٧٤١ فرصة عمل ، بمتوسط ٤٩٠٧٤٨ فرصة عمل سنويا ، وأن تكلفة فرصة العمل تختلف من قطاع لآخر بحد أدنى قدره ١٦٤٦ جنيها لفرصة العمل الواحدة فى قطاع التعليم ، وبحد أعلى قدره ٤٢٦٠٤ جنيهات لفرصة العمل الواحدة فى قطاع الصناعة .

حجـــم التشغيل المستهـدف فى الخطـة الخمسيـة ١٩٩٢/٨٧ :

قدر اجمالى حجم التشغيل فى عام ٨٦/ ١٩٨٧ لسنة الأساس بحوالى ٤ . ١٢,٦٢٩ مليون مشتغل . ويمثل حجم التشغيل حوالى ٣ . ٩٤٪ من اجمالى قوة العمل بالداخل . وبذلك يكون حجم البطالة السافرة حوالى ٧ . ٥٪ . ومن المستهدف أن تبلغ فرص العمل الجديدة حوالى ٤٢٥ ألف فرصة عمل فى السنة الأولى من الخطة . وأن يبلغ حجم التشغيل الكلى فى نهاية الخطة الخمسية حوالى ٨ . ١٤,٧٧٤ مليون مشتغل . وبذلك يبلغ اجمالى فرص العمل الجديدة التى تستهدفها هذه الخطة حوالى ٤ . ٢,١٤٥ مليون فرصة عمل ويقدر المتوسط السنوى لفرص العمل الجديدة خلالها بحوالى ٤٢٩ ألف فرصة عمل .

تقييم سياسات التدريب المهنى :

تتفق جميع الآراء على ضرورة التدريب المهنى وأهمية تطويره ، وربط التعليم بالتدريب ، وقد تم فى هذا المجال بعض الاتجاهات ، سواء على المستوى القومى أو المستوى القطاعى .

فعلى المستوى القومـــى : أنشىء الجهاز المركزى للتدريب عام ١٩٦٧ ، والمجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية عام ١٩٨١ ، غير أن نشاطهما توقف بعد سنوات معدودة .

وعلى المستوى القطاعى : أنشى عدد من الأجهزة مثل جهاز التدريب للتشييد والبناء والمجالس الاقليمية للتدريب فى قطاع الصناعة ، والمجالس المحلية بالمحافظات وتتولاها وزارة القوى العاملة والتدريب .

ومع ذلك فان تقييم سياسـات التدريب المهنى يبرز بوجـه عـام مايأتى :

(١) غياب أى سياسة قومية للتدريب المهنى ، حتى أن الاتجاهات الايجابية التى ظهرت فى هذا المجال تفتقر الى التنسيق فيما بينها ، كما تعمل بمستويات متفاوتة فيما بين تقسيماتها ووحداتها الاقليمية والمحلية . الى جانب تغيير السياسات القطاعية بتغير المسئولين .

(٢) عدم استقرار سياسة طويلة المدى للتدريب المهنى ويتضح ذلك مما يأتى :

– عدم إصدار قانون للتدريب المهنى حتى الآن ، بالرغم من أنه مطلب قومى منذ أكثر من ربع قرن .

– تعدد التنظيمات والمجالس القومية التى انشئت خلال السنوات العشرين الماضية ، وعدم استمرار أى منها ، أو عدم فاعلية بعضها ، وعدم الاهتمام بتكوين أو تحديد الأجهزة الفنية المساعدة اللازمة لها لتجهيز أعمالها ومتابعة تنفيذ قراراتها وتقييم نتائجها .

– عندما قررت الدولة عام ١٩٨٢ تخصيص مبلغ ٥٠ مليون جنيه أعانة سنوية للتدريب خلال الخطة الخمسية محسوبة على أساس ٥٪ من قيمة الاستثمارات المقررة ، لم يستمر العمل بهذا القرار سوى سنة واحدة ، ولم توفر الاعتمادات الخاصة بها الا عند نهاية السنة المالية ، ثم خفضت فى السنة الثانية الى ٢٥ مليون جنيه ، وتحول جزء منها من اعانة الى قرض من بنك الاستثمار . ثم خفضت فى السنة الثالثة الى حوالى ١٧ مليون جنيه للتدريب المهنى والادارى مما ترتب عليه عدم استقرار خطة تشغيل أجهزة التدريب فى القطاعات المختلفة ، فى الوقت الذى جمدت فيه وزارة المالية أى زيادة فى ميزانيات هـذه الأجهزة ، اعتمادا على وجود هذه الاعانة غير المستقرة .

– فى محاولة لمواجهة بعض الظروف الاقتصادية ، صدرت توجيهات بتحويل : بعض المنح التى خصصتها بعض الدول للتدريب فى اتفاقات ثنائية ، لاستخدامها فى مشروعات انتاجية ، حتى وإن شملت المنح شراء معدات للتدريب ، مما أثر على استخدام كثير من المنح والاعتمادات

بالعملات الأجنبية .

(٣) عدم وضوح أهمية التدريب المهنى والعائد منه على الفرد أولا ثم على جهة العمل ثانيا . وبعد أن ربط التدريب بالترقية فى أحد القرارات الوزارية ألغى هذا الربط ثم اقتصر على التدريب الادارى ، وفى جهات أخرى أصبح التدريب عملية صورية لعدم وجود من يقيم هذا النشاط ويتابعه . كما أن بعض المتدربين فى مراكز التدريب المهنى يتسربون قبل نهاية فترة التدريب والتأكد من وصولهم الى المستوى المهنى المطلوب .

– وفى القطاع العام يتوقف الاهتمام بالتدريب على اهتمام مجلس الادارة أو رئيس مجلس الادارة شخصيا ، وفى كثير من الشركات لاتوجد ميزانية خاصة بالتدريب ، وان وجدت فانها أول البنود التى تخفض أو تلغى فى حالة البحث عن توفير أو ترشيد . وبالنسبة لأصحاب الأعمال ، فالقطاع الخاص لايشعر بفائدة أو ميزات تعود عليه مباشرة من التدريب .

(٤) عدم الاهتمام بتدريب كوادر التدريب وإعدادهم علميا وفنيا ، وبالتالى فقد اشتغل كثير فى هذا المجال ممن لا دراية لهم بأساليب التدريب الصحيحة كما اعتبر الهيكل الوظيفى لادارات وأقسام التدريب مجرد مجال لترقية أفراد آخرين من خارج النشاط التدريبى ، وفى المقابل توجد أجهزة للتدريب فى بعض الشركات الصناعية الكبيرة يصل مستوى رئيسها إلى أعلى من مستوى رئيس جهاز التدريب فى القطاع نفسه .

(٥) حصلت الدولة على قروض للتعليم الفنى والتدريب المهنى خلال السنوات العشر الماضية تبلغ نحو ١٧٠ مليون دولار ، منها نحو ٨٧,٥٪ لشراء معدات والباقى معونة فنية (خبراء وبعثات للتدريب) وانشاءات ، ومعظم هذه القروض كانت بفوائد ميسرة تبلغ ٠,٧٥٪ على خمسين سنة وبفترة سماح تبلغ عشر سنوات ، وفى مقابل هذا المكون الاجنبى ، لم توفر الدولة المكون المحلى اللازم للإنشاءات والتوسعات والخدمات الضرورية وبالأسلوب المناسب ، مما ترتب عليه تأخير تنفيذ كثير من المشروعات ، وبالتالى عدم استخدام أو تأخير استخدام بعض القروض ، مع استمرار ارتفاع الأسعار أو تخزين المعدات بدون استخدام .

(٦) أن بعض القطاعات – فى غياب سياسة قومية للتدريب المهنى – أقامت لنفسها سياسة خاصة بها تضمنت رؤيتها للمستقبل وخططها لمواجهة هذا المستقبل ، بل ونشط بعضها للبحث عن مصادر للتمويل ، محلية كانت أو أجنبية .

ومن أمثلة ذلك :

– وضع جهاز التدريب للتشييد والبناء خطة لتغطية احتياجات قطاع المقاولات والتشييد من العمالة المهنية ، عن طريق انشاء ٦٥ مركزا للتدريب المهنى ، خلال خمس سنوات تنتهى عام ١٩٧٩ وفى خلال انشاء المجموعة الأولى من المراكز استخدم الجهاز مدارس التعليم الفنى فى الفترات المسائية لتخريج الدفعات الأولى ، وبعد اثنى عشر عاما لم يتسن له سوى انشاء نحو ٧٦٪ من اجمالى المراكز المقررة .

– أعادت مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى دراسة احتياجات قطاع الصناعة وحددت أهدافها واحتياجاتها ، وبالتالى حددت مشروعات التدريب المطلوبة داخل وخارج الشركات ، وبدأت فى تنفيذها قبل بداية الخطة الخمسية ١٩٨٧/٨٢ وخلالها . واشتملت الخطة على إحلال وتجديد مراكزها القديمة ، واجراء توسعات باضافة تخصصات جديدة تحتاجها المنطقة فى بعض المراكز القائمة ، ثم انشاء مجمعات لمراكز التدريب فى مناطق صناعية جديدة تمكنها من مضاعفة طاقتها الاستيعابية حتى عام ١٩٨٧ ، ثم زيادة أخرى خلال الخطة الخمسية ١٩٩٢/٨٧ ، هذا بجانب تشغيل المراكز لأكثر من فترة أو فترتين ، مما يضاعف على الأقل من الطاقة الاستيعابية وذلك وفقا لحاجة القطاع وفى التخصصات التى يحتاجها ، بجانب تطوير نظم وبرامج التدريب وطرقه بما يحقق سرعة الاستجابة للاحتياجات الفعلية ، هذا مع التوسع فى انشاء مراكز التدريب بالشركات الصناعية .

– رأت وزارة القوى العاملة والتدريب أن سياستها تشمل رسم خريطة المستقبل للقوى البشرية وكفاءة استخدامها فى الداخل والخارج والمحافظة على حقوقها وفتح مجالات العمل أمامها ، ويساعدها فى ذلك العمل فى ظل مستويات مهارة قومية ، وبدأت العمل فى هذا المجال منذ عام ١٩٨٢ بخطى وئيدة بالتعاون مع جهات الاستخدام والتدريب المختلفة .

– أما الانتاج الحربى وشركاته ، نظرا لظروفه ، فقد رأى أن تكون سياسة التدريب به مبنية على إعداد العمالة المدربة بمعرفته ، وفق مستويات المهارة المطلوبة له والتى تناسب دقة انتاجه ، وبالتالى ضمن لكل متدرب وظيفة فور تخرجه ، مع امكان تجنيده فى مصنعه ، وبالتالى لايفقده خلال فترة التجنيد ، وهى سياسة لم توفق الأجهزة الأخرى لمثلها .

– اتجهت وزارات النقل البرى والنهرى والكهرباء والبترول والمواصلات وأجهزة التدريب بها ، الى رفع مستوى مهارة العاملين فيها ، مع توفير برامج تعريفية فنية للمعينين الجدد ، وفى حدود طبيعة إعداد عمالة ماهرة لها من خلال برامج مستقلة أو بالتعاون مع التعليم الفنى إو الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى .

وعلى ضوء ماسبق ، يمكن تلخيص الظواهر العامة فى مجالات التدريب المهنى والتعليم الفنى ، فيمايأتى :

– لاتوجد احصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها بالنسبة لمراكز التدريب ، على المستوى القومى ، أو لإعداد المتدربين فى المجالات المختلفة .

– لا يوجد تنسيق بين التعليم الفنى والتدريب المهنى ، وعلى الأخص بالنسبة للبرامج واحتياجات خطط التنمية .

– لا توجد جهة مركزية فعالة تشرف على التخطيط والتنسيق والتمويل بالنسبة لأنشطة التدريب المهنى والتعليم الفنى ، وكلما أنشىء مجلس تحدد له اختصاصات ، فانه اما أن يلغى أو لا يتمكن من ممارسة صلاحياته .

ولذلك فان احتياجات المرحلة القادمة تستلزم اتباع سياسات واضحة للتدريب المهنى حتى يمكن تحقيق أهداف خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

وليس المطلوب اضافة تشريعات جديدة دون التقيد بها ، وانما العمل على زيادة الوعى التدريبى بين كافة العاملين . كما إنه ليس المطلوب اضافة أجهزة ومجالس جديدة ، وانما يلزم تنشيط القائم منها حاليا وتأكيد فعاليته .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات مستفيضة ، برزت مجموعة من الآراء والاتجاهات ، يأتى فى مقدمتها :

– أن يتم إعداد تصور مستقبلى – شامل ودقيق – للتدريب المهنى ، يقوم على أساس دراسة العمالة الموجودة واحتياجات السوق .

– أن يتوفر مسح شامل لجميع مراكز التدريب فى مصر ، يتضمن بيانات توزيعها على القطاعات المختلفة ، وامكاناتها المادية ، والقوى الاستيعابية بها ومدى التطور الحادث بها .

– أن يحدد بوضوح تام ، دور الأجهزة المشاركة فى عملية الإعداد والتنمية للتدريب المهنى مع حصر الأسباب التى عاقت فعالية هذه الأجهزة ووسائل التغلب عليها .

– أن التدريب التحويلى ينبغى أن يحظى باهتمام جدى ، بما يؤدى الى الانتفاع بنوعيات العمالة التى تزيد على حاجة الأجهزة الحكومية عن طريق إعادة تدريبها على بعض الحرف والمهن التى تحتاج اليها البلاد .

– أن يعتنى بقطاع الصبية – أو مايسمى أبناء العاملين للحرف المختلفة – حفاظا عليهم من الانقراض ، وذلك من خلال نظام يجمع بين تلقى الصبية جزءا من التعليم الأساسى وبين تلقيهم التدريب .

– أن ينظر فى البحث عن وسائل أخرى غير انشاء مجالس عليا للتدريب وذلك على ضـــــوء التجارب السابقة الخاصة بظروف هذه المجالس .

وعلى ضوء ماسبق جميعه، وما جاء فى الدراسات التى سبق أن أعدتها المجالس القومية عن موضوعات القوى العاملة واعداد الفنيين ، والتعليم الفنى والتدريب المهنى يوصى بمايأتى :

توصيات عامة :

* العمل على ايجاد الوعى لدى الأفراد للاهتمام بالتدريب المهنى ، كبديل له مستقبل مناسب يتوازى مع التعليم الأكاديمى ، ويتواكب مع احتياجات الفرد ليستثمر قدراته التى يتميز بها وكنوع من التعليم المستمر ، وذلك من خلال سلم للتدريب المهنى يعتمد على مستويات للمهارة وأسلوب للتوظيف يعتمد على مواصفات المهنة وماتحتاجه من مهارات ، وربط الأجر بهذه المواصفات والوظائف ، ويتماشى هذا السلم مع سلم التعليم العام .

* تشجيع القطاعات المختلفة على الاهتمام بالتدريب وتقديم الخدمات التدريبية وبالذات بالنسبة للقطاع العام والقطاع الخاص ، وخاصة الورش والمصانع الصغيرة مع ضرورة تحفيز وتشجيع القطاعات المختلفة بحوافز وتسهيلات وتعويضات متنوعة تختلف باختلاف ظروف الجهات المختلفة ، بحيث يشعر صاحب العمل بما يحققه النشاط التدريبى من فائدة مباشرة وغير مباشرة ، تتوقف على حجم نشاطه ، سواء كانت هذه الحوافز ضريبية أو تأمينية أو استيرادية أو نقدية .

* الالتزام بمستويات مهارة قومية ذات مواصفات قياسية ، واختبارات نوعية ونظام مستقر يعمل به على مستوى البلاد ، مع السعى نحو ربط متوسطات الأجور بهذه المستويات .

* ايجاد سياسة ثابتة لإعداد وتنمية وتطوير كوادر التدريب المختلفة والاعتراف بأساليب إعدادهم غير التقليدية ، طالما يصلون - خلال نظم وأساليب مختلفة - الى المستوى العلمى والفنى والمهارى المطلوب ، مع اتاحة الفرص لحصولهم على دراسات تكميلية أو معادلة .

* أن يقوم الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء بالتنبؤ الديموجرافى على المدى المتوسط والطويل ، لتحديد أعداد السكان موزعين بالجنس والسن والاقليم ، وكذلك تحديد معدل الهجرة وقوة العمل المتوقعة ثم بحث ميزانية الاسرة لتحديد الاستهلاك الكلى من السلع والخدمات .

- وتقوم وزارة التخطيط بترجمة المنتجات النهائية الى طاقات انتاجية اضافية أو جديدة ، وطاقات انتاجية لمستلزمات الانتاج ، وتحديد التكنولوجيات الممكن استخدامها فى ضوء توافر قوة العمل ، حتى يمكن الاستخدام الكامل لكليهما .

- ويقوم الجهاز المركزى للتنظيم والادارة بتنميط الاعمال القائمة ودراستها وتحديد كم العمالة اللازمة لكل نوع من الأعمال .

فى مجال التخطيط :

* يجب أن تمارس تخطيط القوى العاملة كجزء لايتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، حيث يمكن التنسيق - داخل الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل - بين سياسات الاستخدام ، وسياسات الاستثمار والأجور وسياسات التعليم والتدريب ، وغيرها من السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة .

* وضع خطط تدريب متلاحقة شاملة لسياسة التعليم والتدريب ، للمدرسين والمدربين فى جميع الحرف . على أن يراعى فى إعداد هذه الخطط أحدث التطورات التى تدخل على المناهج تباعا ، من خلال برامج تدريب متطورة مستمرة .

فى مجال الاجراءات التشريعية :

* اصدار تشريع متكامل للثروة البشرية إعدادا وتنمية وتدريبا على مستوى الدولة ويراعى هذا التشريع أن يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه ، بموجب لائحة تنفيذية خاصة .

* تعديل قوانين العاملين بالحكومة والقطاع العام بحيث يمتد تطبيق النصوص الخاصة بعدم ترقية مستويات الادارة العليا الا بعد اجتياز برامج تدريبية مؤهلة - لتشمل باقى المستويات وكذلك الشأن بالنسبة لبدء التعيين .

فى مجال الاجراءات التنظيمية :

* أن تختص احدى الجهات أو الأجهزة المعنية القائمة حاليا بالتدريب المهنى ، من حيث التخطيط والتمويل والتنظيم والمتابعة والتقييم ، والتنسيق بين كافة الجهات العاملة فى هذا المجال .

*انشاء بنك للمعلومات ، لتوفير البيانات الإحصاءات والمعلومات الفنية ، والبرامج وأساليب التدريب المختلفة ، وجميع ما يتصل بشئون القوى العاملة .

مع تنظيم اختزان هذه المعلومات وتطويرها ، والعمل على تعميمها ، وذلك عن طريق استخدام التقنيات الحديثة ، لضمان دقتها وسرعة استخراجها ، تيسيرا للانتفاع بها .

* تطوير وتعميم التوصيف الموحد للمهن داخل القطاعات المختلفة ، وتوحيد المسميات والمفاهيم والمدلولات عند اجراء الاحصائيات أو تقدير احتياجات التدريب على المستوى القومى ، وكذلك فى السوق الخارجية .

* العمل على انشاء المراكز والأجهزة الآتية :

– مركز لبحوث وتطوير التدريب المهنى ، يكون من ضمن مهامه العمل على تطوير نظم وبرامج وأساليب التدريب ، وتقييم البرامج المطبقة وتحليل نتائجها ومخرجاتها وتوفير المعلومات اللازمة عن الامكانات والاحتياجات والمستويات التدريبية ، والقيام بالبحوث والدراسات الميدانية والتطبيقية .

– مركز لبحوث المناهج ، يكون من بين أنشطته : الاهتمام بالترجمة والنشر ، للافادة من نتائج الدول المتقدمة ، والعناية بمجالات التعاون الدولى والاقليمى .

– جهاز فنى متخصص لتحديد نوعيات المعدات والأجهزة ، ومصادر تمويلها لتزويد المدارس ومراكز التدريب بها .

– جهاز فنى متخصص لإحداث التعديلات المطلوبة فى المبانى ، بحيث يتم تصميم طرز جديدة تتناسب وتطورات العمليات التعليمية والتدريبية .

* ضرورة الحصول على ترخيص مسبق قبل انشاء مراكز التدريب المختلفة من السلطات المختصة ، يخضع لحد أدنى من المواصفات الأساسية .

* مساواة الكوادر العاملة فى مجال التدريب المهنى ، فى الحقوق الميزات التى يحصل عليها زملاؤهم فى خطوط الانتاج لارتباط التدريب بالانتاج والانتاجية .

فى مجال الاجراءات التنفيذية :

* الاستفادة القصوى من مراكز التدريب لزيادة طاقاتها على تخريج العمالة الماهرة ، ومدها بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل ايضاح .

* ضرورة استكمال مراكز التدريب المطلوبة للقطاعات المختلفة من حيث التمويل والكوادر والمعدات والبرامج ، مع إنشاء مراكز تدريب مهنى بالمحافظات والمدن لاحتواء الناشئة خارج مرافق التعليم فى ظل تنسيق على مستوى المحافظات .

* وضع الأسس العلمية السليمة لاختيار المدربين المؤهلين علميا ، ومن ذوى الخبرة العملية ، ثم تأهيلهم تربويا وعمليا لسد النقص فى هذه الفئة ، مع وضع الحوافز المناسبة لاستقطاب هذه الخبرات والاحتفاظ بها .

* إعداد برامج التدريب المختلفة ،بحيث تقابل الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلى والخارجى ، مع تطوير هذه البرامج أولا بأول بما يتماشى مع أساليب التدريب الحديثة وكذلك إعداد برامج تهدف الى تحسين أنماط السلوك على طول حياة الفرد ومجتمعه الصغير والكبير .

* العمل على نشر مراكز للتدريب فى مختلف وحدات العمل وفقا لحاجة كل جهة مع المبادرة باصدار قانون التدريب المهنى داخل العمل

* أن يكون للنقابات العمالية دور فعال فى الأنشطة التدريبية المختلفة لأعضائها باعتبار مسئوليتها عن رفع كفايتهم والارتقاء بمستواهم المهنى والفنى .

* أن توجه عناية خاصة لمكافحة الأمية حتى تتوفر الأعداد المناسبة للتدريب المهنى السليم ، نظرا لما تتطلبه برامج التدريب من اجادة القراءة والكتابة وتفهم الرسوم الهندسية .

فى مجال تمويل أنشطة التدريب المهنى :

* أن يتم اقرار سياسة ملزمة ودائمة لتوفير التمويل اللازم لاستكمال

مراكز التدريب التى بدىء فيها ، ولم تمارس التدريب حتى الآن .

مع سرعة اتخاذ الاجراءات اللازمة لاصدار قانون انشاء الصندوق القومى لتمويل التدريب – والذى تم إعداد مشروعه منذ أكثر من ست سنوات – على أن تتسم لائحته بالمرونة ، بحيث لا تقيد ببعض النظم كنهاية السنة المالية مثلا حتى يمكن انفاق المبالغ المخصصة للتدريب على أنشطته فقط .

* أن تسهم الجهات المستفيدة من التدريب فى تمويله بنصيب مناسب من ميزانيتها مع النظر فى استصدار تشريع يحدد نسبة مئوية لتمويل الأنشطة التدريبية تدفعها المؤسسات المستفيدة : محلية ، وعربية وأجنبية . حتى يمكن التغلب على مشكلات التمويل .

سياسة التصنيف المهنى وقياس مستوى المهارة

سبق للمجلس أن تناول فى أكثر من تقرير خلال دوراته السابقة هذا الموضوع ضمن موضوعات تخطيط وإعداد القوى العاملة ولكن على نحو غير مباشر .

ومن ثم عرضت على المجلس دراسة مستفيضة مستقلة فى هذه الدورة ، يخلص موجزها فى النقاط الآتية :

أولا : فيما يختص بالتصنيف المهنى :

تناولت الدراسة تطوره التاريخى فى مصر وتجارب بعض الدول بشأنه وأكدت أهميته تأسيسا على أن تخطيط القوى العاملة يعتبر جزءا من التخطيط القومى للتنمية ، لأن التخطيط السليم للتنمية يتعين أن يصاحبه تقدير فعلى للموارد البشرية وتقدير الاحتياجات الكمية والنوعية – الحالية والمستقبلية لمشروعات التنمية فى مختلف قطاعاتها – من القوى العاملة على مستوى المهن والتخصصات والمستويات التعليمية والتدريبية . ويستتبع ذلك بالضرورة :

– إعداد الهياكل المهنية للقوى العاملة واجراء الدراسات المقارنة بينها وبين متطلبات خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

– إجراء الدراسات المستمرة عن كافة العوامل المؤثرة فى الهيكل المهنى للقوى العاملة كالتطور التكنولوجى والتغير فى أساليب العمل .

– إعداد الموازنات الدورية لعرض القوى العاملة والطلب عليها والتعرف على الزيادة أو النقص فيها على مستوى المهن والتخصصات .

– محاولة تحقيق التوازن الكمى والنوعى بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين احتياجات الاقتصاد القومى من مختلف المهن والتخصصات ومستويات المهارة .

ومن ثم فان الأمر يتطلب وضع قواعد وضوابط تقاس بمقتضاها مستويات القوى العاملة كما ونوعا . والأداة الرئيسية لذلك هى التصنيف المهنى .

لذلك أصبحت الحاجة ماسة لايجاد تصنيف مهنى قوى يتضمن توصيفا لكافة المهن والأعمال الموجودة فى الدولة وتوحيد مسمياتها ، واستخدامه فى كافة الدراسات والابحاث والبيانات الاحصائية المتعلقة بالقوى وتجرى على أساسه اعداد الموازنات القومية ، وإعداد الهياكل المهنية العاملة ، كما يجرى استخدامه فى مجالات الاستخدام ، والهجرة والتأهيل المهنى ، وفى رسم سياسات التعليم والتدريب ، بحيث يصبح التصنيف المهنى القومى هو اللغة الموحدة بين المشتغلين فى كافة مجالات القوى العاملة .

طبيعة وشكل التصنيف المهنى القومى والهيكل العام لتصنيف النشاط الاقتصادى :

يتنوع تصنيف أفراد القوى العاملة بتنوع النشاط الاقتصادى أو

طبيعة العمل أو حالة الفرد حيث يمكن :

– إعداد التصنيف تبعا لنوع العمل الذى يؤديه الفرد (العمل المؤدى) .

– إعداد التصنيف تبعا لنوع النشاط الاقتصادى ومحل العمل الذى يؤديه الفرد .

– إعداد التصنيف تبعا للحالة العملية للفرد ، حيث يبين ما اذا كان الفرد صاحب عمل أو يعمل بأجر أو متعطلا عن العمل أو غير ذلك .

ويهتم التصنيف المهنى أول ما يهتم بالعمل الذى يؤديه الفرد فى مهنة معينة باعتبار أن المقصود من المهنة هو مجموعة الواجبات التى يؤديها الفرد أو مجموعة من الأفراد لانجاز عمل معين وتتطلب فى أدائها مجهودات ذهنية أو بدنية أو الاثنين معا .

ويعتبر التصنيف المهنى نظاما لحصر وتصنيف المهن الموجودة فى الدولة تحت ألقاب أو مسميات موحدة وتعريفها بتوصيفات تلخص العمل المؤدى ثم ترتبها فى مجموعات تبعا لدرجة التشابه فى العمل المؤدى والصفات المطلوبة من العمال لاداء العمل على وجه مرض ، ثم وضع دليل رقمى ترتب على أساسه المهن والمجموعات بحيث يعكس العلاقة بينها ، ثم تبوب المهن والوظائف فى مجموعات رئيسية ومجموعات فرعية وعائلات فرعية وعائلات وفصول مهنية .

. مع الالتزام بالهيكل العام لتصنيف النشاط الاقتصادى .

ثانيا : فيما يختص بقياس مستوى المهارة :

بعد أن عرض التقرير بافاضة للتطور التاريخى لنشاط قياس مستوى المهارة فى مصر وتجارب بعض الدول بشأنه أكد أن قياس مستوى المهارة هو الأسلوب العلمى لتحديد مستويات العمالة الفنية . ويتم ذلك وفق اسس ومعايير محددة ومقننة تحقيقا للأهداف التالية :

– ضمان توحيد مستويات المهارة فى المهن المختلفة على المستوى القومى طبقا للتصنيف العربى الموحد للمهن .

– وضع خطط سياسات التدريب لإعداد العمالة المدربة كما ونوعا على أسس موضوعية فى ضوء نتائج القياس واحتياجات سوق العمل .

– تطوير برامج وأجهزة التدريب المهنى ، أو اقتراح برامج للتدريب التكميلى للوفاء باحتياجات الانشطة الاقتصادية المختلفة بالداخل والخارج التى يشتد عليها الطلب .

– ضمان دقة البيانات الاحصائية الممثلة لحركة العمالة التى تستخدم فى بحوث تخطيط وتنمية القوى العاملة .

– تمكين أجهزة الاستخدام من مواجهة مسئولياتها بتزويد أسواق العمل بالداخل والخارج بالقوى العاملة المطلوبة .

– دعم الثقة فى العمالة المصرية فى الخارج وذلك بسد الطريق على مدعى احتراف المهن الفنية فى سوق العمل .

– تحديد مدى نجاح أجهزة التدريب فى توافق خريجيها مع احتياجات سوق العمل وفرصته المتاحة .

عناصر عملية القياس واحتياجاتها :

تتوقف عملية قياس مستوى المهارة على عدة عناصر رئيسية أهمها مايلى :

– وجود مستويات مهارة لكل عمل أو مهنة معترف بها على مستوى الدولة ، تتعامل على أساسها جميع وحدات الانتاج والخدمات ، مع تطويرها بصفة دورية كلما ظهرت الحاجة الى ذلك .

– وجود تفصيل لكل مستوى مهارة ولكل مهنة ، يشمل المهارات الواجب توافرها والمعلومات والمعارف التى ينبغى الالمام بها

– اختبار قياسى يمكن بواسطته تقييم الفرد من ناحية الاداء والمعلومات ووضعه فى المستوى المناسب لقدراته وخبراته ومعارفه .

– المساواة بين العاملين فى المستوى الواحد فى الحقوق والواجبات وضرورة اجتيازهم اختبار قياس مستوى المهارة بغض النظر عن الشهادة الحاصل عليها العامل من عدمه .

– عدم انتقال الفرد من مستوى مهارة الى آخر الا من خلال هذه الاختبارات القياسية .

- اصدار شهادات بمستوى المهارة مبين بها المهارات والمعارف والمستوى الثقافى للفرد ، تستكمل معلوماتها دوريا كلما حصل الفرد على مهارة اضافية من خلال برنامج تدريبى من جهة معترف بها .

- عدم التصريح بمزاولة المهنة الا لمن يحصل فعلا على ترخيص بذلك يصدر بناء على قياس مهارته ، على أن يتم ذلك تدريجيا ووفقا لسياسة واقعية .

- تدعيم امكانات التعليم والتدريب وإعداد الأفراد للقيام باختبارات قياس المهارة بمستوياتها المختلفة .

- وضع سلم لمستويات العمل المختلفة وفق درجة المهارة المهنية ، بحيث يتلاقى فى بعض مراحله مع السلم التعليمى بمراحله المتعددة ، ومع برامج التدريب الراقية .

- مع ضرورة الالتزام باحتياجات عملية القياس .

وقد خلص التقرير المطول الى أن جهود وزارة القوى العاملة مازالت فى البداية حيث اقتصرت حتى الآن على عمليات قياس مهارة العمال الفنيين غير المؤهلين والراغبين فى تسجيل مهنهم ، سواء للعمل الداخلى أو للعمل فى الخارج ، كما اقتصرت على مجموعة محدودة من المهن والأعمال ، وهذه البداية التى استغرقت أكثر من عشرين عاما يجب تدعيمها لتسرع من خطاها لوضع مستويات مهارة قومية لجميع المهن والأعمال والاختبارات القياسية المصاحبة لها ، مع جعلها إلزامية ترتبط بدخول سوق العمل وبالتدرج فيه كما ترتبط أيضا بمتوسطات الاجور . مع الأخذ فى الحسبان أنها عملية مستمرة ودائمة لان المستويات دائمة التغير والتطوير ، وقابلة للتعديل والإلغاء والاضافة وبالتبعية تتغير اختباراتها ويتساوى أمامها أى فرد سواء كان مؤهلا أو غير مؤهل ، وكذلك أى خريج من مركز للتدريب أو مدرسة أو من سوق العمل مباشرة .

الصعوبات التى واجهت التنفيذ :

- عدم ادراج اعتمادات مالية كافية بميزانيات مديريات القوى العاملة والتدريب بالمحافظات رغم تزايد عدد المتقدمين لهذه المديريات خاصة بعد صدور القرار الوزارى رقم ٧٧ لسنة ١٩٨٦ ومنع النقابات العمالية من عمليات قياس مستوى المهارة .

- عدم استجابة الشركات ومراكز التدريب للتعاون فى تنفيذ قياس مستوى المهارة وعدم توفر المطبوعات المستخدمة فى عملية القياس .

- عدم التزام جهات الاستخدام بتطبيق نظام قياس المهارة عند تعيين العمالة أو ترقيتها ، مما يؤدى الى عزوف القوى العاملة عن الاهتمام بالحصول على شهادات قياس مستوى المهارة .

التوصيات

على ضوء ما جاء بالدراسة المطولة التى عرضت على المجلس وما دار حولها من مناقشات يوصى بما يلى :

* استكمال ما بدىء من خطة التصنيف المهنى بحيث يغطى جميع المهن فى القطاعات المختلفة وفقا للظروف المحلية السائدة فى سوق العمل .

* أن يكون التوصيف على مستويات متدرجة فى كل مهنة بما يتناسب مع طبيعة الاعمال والمهارات اللازمة .

- وأن يحدد فى التوصيف المعارف والمعلومات والمهارات والسلوكيات والقدرات الجسمانية والنفسية اللازمة لكل مهنة .

* وضع اختبارات قومية تحت اشراف جهة مركزية ، على أن تكون هذه الاختبارات ممثلة للمعارف والقدرات والمهارات والسلوكيات اللازمة .

* ضرورة التنسيق بين أجهزة وضع البرامج التدريبية والأجهزة المسئولة عن التصنيف عند وضع البرامج التدريبية والتعليمية .

* العمل على توفير معلومات أساسية لعائلات المهن المتقاربة حتى يمكن تسهيل اجراء التدريب التحويلى فى حالة وجود فائض فى بعضها وعجز فى البعض الأخر .

* دراسة الأسواق الخارجية التى تستخدم العمالة المصرية واحتياجاتها من الخبرات والمهارات للاستعانة بها فى وضع التصنيف المطلوب لهذه الاسواق دون أن تسند هذه المهمة للوحدات الانتاجية منعا

من تعويق عمليات الانتاج .

* وضع برامج مستمرة للمراجعة الدورية لملاحقة التطور التكنولوجى الذى يدخل مجال الأعمال .

اصدار قانون يتضمن بصفة خاصة النص على ما يأتى :

– الزام جهات العمل بالتصنيف الذى يتم اقراره . مع تعميم مستويات المهارة وقياسها والزام جهات العمل بها .

– عدم جواز مزاولة المهنة لأى غرض الا بترخيص ، بناء على قياس مستوى مهارة العامل على ان يتم ذلك على مراحل .

– انه بالنسبة للعاملين الحاليين غير المؤهلين فتحدد فترة زمنية مناسبة يجرى بها حرمانهم من العلاوة أو جزء منها أو الترقية أو غير ذلك من الحوافز فى حالة عدم رفع مستوى مهارتهم والوصول الى المستوى المطلوب ، بقصد تحفيزهم على رفع مستوى مهارتهم بعد توفير فرص التدريب اللازم لهم .

– تحديد ما يتحمله كل من اصحاب الأعمال والعمال انفسهم من المبلغ اللازم لعملية القياس ومستلزماتها إلى جانب ما تخصصه الدولة والنقابات والاتحادات العمالية والمهنية لهذا الغرض .

– تجريم من يخالف نصوصه – سواء من أصحاب الاعمال أو العمال – مع تحديد العقوبات المناسبة بعيدا عن العقوبات البدنية .

* تكليف جهاز خاص ، أو أحد الأجهزة القائمة التى تتوفر لديها الصلاحيات الفنية والخبرة الكاملة بمتابعة التنفيذ ، على أن تحدد الجهة المختصة – بناء على هذا القانون – المراحل التنفيذية له ، وعلى أن يتعاون الجهاز المختص بمتابعة تنفيذ قياس المهارة مع كافة الجهات المعنية الاخرى – التى تمثل فى مجموعات العمل واللجان المختلفة – بحيث يلتزم الجميع بما يتم الاتفاق عليه حتى تصدر مستويات المهارة وقياساتها فى صورة سليمة .

* توفير الكوادر الفنية اللازمة لعملية قياس مستوى المهارة وذلك بتدريبها بعد اختبارها الاختبار السليم ، على ضوء المعايير التى توضع لحسن اختيارها كما يجب التاكد من توافر كافة المعدات والتجهيزات لدى الجهات التى يصرح لها بالقيام بعملية القياس .

* وجوب وجود تدريب تخصص دقيق للتطور التكنولوجى السريع سواء فى العمليات الانتاجية أو فى خطوط سير العمل ونظمه وذلك لرفع مستوى المهارة .

* ضرورة اجراء مسح صناعى لكافة عناصر الانتاج ومنها العمالة ، باعتبار أن هذا المسح هو المدخل السليم لتحديد مستويات العمالة ومهاراتها ، مما يسهم فى نجاح تنفيذ الاهداف المنشودة فى هذه التوصيات .

الدورة التاسعة ١٩٨٨ – ١٩٨٩

تنقل العمالة وأثره على التوازن فى سوق العمل

شهد الاقتصاد المصرى فى أواخرا السبعينات وبداية الثمانينات تقدما ملحوظا نتيجة لزيادة صادرات البترول الخام وتحويلات المصريين فى الخارج . وحدثت تطورات سلبية مع بداية الخطة الخمسية (٨٢ /٨٣ – ١٩٨٧/٨٦) بالنسبة لهذه الصادرات وتلك التحويلات وكذا الدخل من السياحة . وكان لذلك كبير الأثر على قدرة الاقتصاد المصرى على اتاحة عمل فرص جديدة ، الى جانب وجود فائض فى بعض تخصصات العمل

وعجز فى بعضها الآخر ، مما تسبب فى اختلال التوازن بين جانبى العرض والطلب على العمالة فى سوق العمل ، وصاحب ذلك تنقل عشوائى للعمالة من الريف الى الحضر للحصول على فرص عمل تحقق مستوى معيشيا أفضل .

وتفتقر دراسة موضوع تنقل العمالة (الجغرافى والمهنى والقطاعى) بوجه عام الى البيانات والدراسات خاصة المتعلقة بشكل وموجهات العلاقة بين تنقل العمالة والاختلالات فى سوق العمل فى مصر .

من أجل هذه قام المجلس بدراسة هذا الموضوع على ضوء التقرير المطول الذى عرض عليه والذى يخلص موجزه فيما يأتى :

مجالات التنقل فى سوق العمل فى مصر :

- تنقل العمالة بين القطاعين العام والخاص .
- تنقل العمالة بين القطاعين الخاص الحضرى ، والخاص الريفى غير الزراعى .
- تنقل العمالة بين القطاعين الزراعى و الخاص الحضرى .
- تنقل العمالة بين القطاعات : الخاص الحضرى والريفى غير الزراعى ، والزراعى .
- تنقل العمالة بين القطاعين المنظم (الرسمى) و غير المنظم (غير الرسمى أو الهامشى) ، على أن بعض حالات التنقل السابقة قد تكون مندرجة بين هذين القطاعين .
- تنقل العمالة بين سوقى العمل المحلى والأجنبى .

وقد أوضحت الدراسة بالنسبة لهذا المجال أن الهجرة للعمل فى دول النفط قد أدت إلى حدوث انتقال ليس فقط من حيث محل الإقامة والعمل ، بل أيضا من حيث حدوث تغيير فى النشاط الاقتصادى والمهنة والحالة العملية للمهاجرين .

من أنواع تنقل العمالة :

- الموقف من قوة العمل : يمكن للفرد أن ينضم لقوة العمل أو يخرج منها .
- العمل والبطالة : من أشكال تنقل العمالة التحرك من حالة البطالة الى حالة التشغيل وبالعكس .
- القطاع : يمكن للفرد ان ينتقل من قطاع لأخر (حكومى ، عام ، تعاونى ، خاص ويشمل المشترك والأجنبى) .
- النشاط الاقتصادى : الزراعة ، المناجم ، والمحاجر ، التشييد والبناء ، وغيرها .
- المهنة : أصحاب المهن الفنية والعلمية ، المديرون والاداريون ومديرو الأعمال ، القائمون بالأعمال الكتابية ، وغيرهم .

وأوضحت الدراسة بعض النتائج الأولية لمسح عمالة التشييد والبناء – كمثال واضح – والذى قام بها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء (١٩٨٨) من خلال مشروع انشاء نظام لقواعد بيانات العمالة فى مصر كالآتى :

• أدى ارتفاع الطلب على العمالة فى قطاع التشييد والبناء ، وهجرة جزء كبير منها الى الخارج – الى تدفق العمالة من القطاع الزراعى الى هذا القطاع ولم تعوض هذه العمالة المهاجرين من العمالة الماهرة بقطاع التشييد والبناء ، وكان المصدر الأساسى للعمالة الماهرة هم الداخلين الجدد الى قوة العمل عن طريق نظام التلمذة الصناعية .

• اتضح أن ٧٥٪ من الانتقالات الى المهن المتخصصة مصدرها خارج قوة العمل ، مقابل ٤٧٪ بالنسبة للمهن البسيطة (التى لاتتطلب مستوى مهاريا معينا) وأن المصدر الأساسى للانتقالات الى المهن البسيطة – إلى جانب الداخلين الجدد الى قوة العمل – هو المهنة الزراعية التى وفرت ٤٣٪ منها .

. تبين أن الانتقال الى خارج مهنة التشييد والبناء حدث كالآتى :

تحول ٣٢٪ من الذين عملوا سابقا فى مهنة متخصصة الى مهن انتاج خارج قطاع التشييد ، ٢٢٪ منهم الى مهنة النقل ، وتحول ٤٥٪ من الذين عملوا سابقا فى مهن بسيطة الى الخدمات ، ٢١٪ الى الزراعة وهذا التحول نحو الخدمات يعكس توجه العمالة المسنة غير الماهرة نحو

العمل كخفراء وحراس .

* يكاد يكون التنقل داخل مهن التشييد معدوما بين المهن البسيطة والمهن المتخصصة ، حيث تمثل ٣٪ من اجمالى التنقلات الى المهن المتخصصة ، وأن هناك صعوبة فى الانتقال بين المهن المتخصصة ، حيث تمثل ٧٪ من اجمالى التنقلات الى هذه المهن .

* تعتبر السن من محددات التنقل بين المهن فهى تتراوح بين ١٥ - ١٨ سنة بالنسبة للمهن المتخصصة (صغر السن شرط أساسى للداخلين الجدد الى قوة العمل لاكتساب المهارات) ، وتصل الى عشرين سنة تقريبا للداخلين الى المهن البسيطة ، ويدل ذلك على أن قطاع التشييد والبناء يستوعب العمالة الشابة التى يستغنى عنها فيما بعد مع تقدم سنها .

* الحالة العملية : أن يعمل بأجر أو يعمل لحسابه أو لايستخدم أحد أو صاحب عمل ويستخدم آخرين أو يعمل لدى الأسرة بدون أجر .

* محل العمل ومحل الاقامة (التنقل الجغرافى ويشمل الهجرة الداخلية والخارجية) واوضحت الدراسة أهمية الدور الذى لعبه قطاع التشييد والبناء فى هجرة العمالة المصرية للخارج ، وعرضت لبعض نتائج ذلك من مسح عمالة التشييد التى سبقت الاشارة اليها والتى تتلخص فى أن هناك فقدا صافيا لعمالة قطاع التشييد والبناء تبلغ نسبته ٤٠٥ ٪ .

• العمل الثانى : قد يحدث نتيجة الانتقال للعمل الثانى تحرك فى عناصر التنقل الأخرى كالمهنة والقطاع والنشاط الاقتصادى ومستوى المهارة .

اختلال التوازن فى سوق العمل فى مصر :

ان ارتفاع معدلات البطالة السافرة فى سوق العمل المصرى يدل على عدم التوازن بين المعروض والمطلوب من عنصر العمل ، وقد اسفرت بيانات تعداد السكان سنة ١٩٨٦ عن أن حجم البطالة وصل الى ٢,٠١ مليون بنسبة ١٤,٧٪ من أجمالى قوة العمل وذلك للافراد من سن ست سنوات فاكثر .

ويؤخذ على هذا التقدير :

- أن البطالة احتسبت من سن ٦ سنوات فى حين أن مرحلة التعليم الاساسى تنتهى فى سن ١٥ سنة .

- أن بيانات استمارات التعداد تضمنت أن هناك بطالة جزئية اكثر من كونها بطالة صريحة .

ومهما كان مدى ارتفاع رقم البطالة - المبنى على ارقام تحتاج الى تدقيق وتأصيل فالواضح انها اتخذت اتجاها صعوديا بين تعدادى ٧٦ ، ١٩٨٦ ، وان نسبتها تختلف من محافظة لأخرى .

وترتفع معدلات البطالة بين الخريجين الجدد بالذات فقد تزايدت نسبتهم الى جملة المتعطلين من ٩٠٪ فى عام ١٩٧٥ الى ٩٤٪ فى عام ١٩٨٢ ، ويرجع ذلك فى جانب كبير منه الى طبيعة ونوعية النظام التعليمى السائد ، فالتعليم الاساسى حل محل التدريب الحرفى الذى يتلقاه الصغـــار من أبنـاء الزراع والحرفيين ، وعجز - لقصر مدة تطبيقه - عن التكيف مع احتياجات المجتمعات المختلفة ، بالاضافة الى عوامل أخرى تعتور النظام التعليمى ككل .

وقد فسر اختلال التوازن الذى يعانى منه سوق العمل المصرى فى جزء كبير منه بالجمود وضعف تنقل العمالة ، سواء بين الأسواق الجزئية أو بين المهن ومستويات المهارة .

أهم العوامل المؤثرة فى تنقل العمالة :

- الأجور : حيث يلعب مستوى الأجور والتكسب دورا اساسيا فى تنقل القوى العاملة ، وأوضحت الدراسة مايحدث فى قطاعات الحكومة والعام والخاص ، وكذا الاجر بالنسبة لمستوى المهارة ، والأجر والعمل اليدوى وغير اليدوى ، والتـــمييز فى الأجر على أساس النوع : ذكورا واناثا .

– التعليم والتدريب : فقد أثر على قدرة الفرد على التنقل داخل سوق العمل ، وعلى العمل فى الخارج .

– الوظيفة الاولى ومستوى التفرغ الفعلى : ويقصد بها تغير الوظيفة أو الحصول على عمل ثان ومايرتبط بهما من حدوث تنقل فى عدة عناصر .

– العمر والنوع : لما كان للتركيب النوعى والعمرى للسكان أثر على الاسهام فى النشاط الاقتصادى ، وعلى طبيعة النشاط والحالة العملية – فان لهما بالتالى تأثيرا على تنقل العمالة داخل سوق العمل على كل محور من محاورها .

– الخبرة السابقة : لها أثر على احتمالات التنقل بين القطاعات والأنشطة والمهن ، وغيرها .

– الحالة الزوجية : ان للحالة الزوجية ، وخاصة بالنسبة للنساء ، تأثيرا على التنقل ، لاسيما الجغرافى .

– الخلاصة والنتائج :

وقد خلص التقرير المطول الى ما يأتى :

– أن العوامل والعناصر المختلفة لانتقال العمالة بين اسواق العمل الفرعية والمهن والقطاعات والأنشطة الاقتصادية والمستويات المهارية ، تؤدى بوضعها الراهن الى استمرار الاختلال فى السوق بين جانبى العرض والطلب على العمالة الى جانب التزامن بين الفائض والعجز فى العديد من المهن والتخصصات المطلوبة لخطط التنمية .

– أن تنقل العمالة هو أحد المحاور الرئيسية التى يمكن للمخطط أن يستخدمها فى التخفيف من حدة الاختناقات فى سوق العمل المصرى .

– ان مصر كغيرها من الدول النامية ، يمكنها تخطى هذه المشكلة من خلال دراسة الوضع الراهن لسوق العمل ، ومعالجته عن طريق التدريب التحويلى ، بحيث يمكن التحول من التخصصات ذات الفائض الى التخصصات التى تعانى عجزا فى العمالة ، الى جانب تعويض المهارات التى يفتقدها سوق العمل نتيجة للهجرة الخارجية أو الداخلية .

التوصيات

وعلى ضوء التقرير الموسع ومادار حوله من مناقشات مستفيضة بالمجلس وكذلك دراسات المجلس فى دورته السابقة عن تخطيط القوى العاملة ، وإعداد وتنمية الموارد البشرية ، والتنمية الريفية ، والهجرة الداخلية ، وهجرة العمالة المصرية الى الخارج ، وسياسة توزيع الخريجين .

يؤكد المجلس على ضرورة إعمال توصياته السابقة بشأن دراساته عن القوى العاملة ، وخاصة ماياتى :

* أن تستهدف الخطط سد الثغرة بين معدل تزايد السكان – وبالتالى تزايد القوى العاملة – وبين معدل ماتحققه برامج ومشروعات التنمية من زيادة فرص العمل ، وذلك باشتمال هذه الخطط على برامج محددة تحقق هذا الغرض وفى مقدمتها برامج تنظيم الاسرة .

* ان توجه الاستثمارات المتاحة بطريقة صحيحة لتنفيذ خطط التنمية ، وذلك بمراعاة الاستخدام الأمثل والكامل لقوة العمل ، خاصة من العمالة النسائية .

* أن يتم تحقيق التوازن الكلى أو الكمى بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين مجموع فرص العمل ، مقترنا بتوازن نوعى ، بحيث يتحقق التوازن بالنسبة لمختلف انواع المهن ومستويات المهارة والفن .

* ان يبذل مزيد من الاهتمام والجدية لتنفيذ برامج التدريب التحويلى للعمالة الزائدة فى وحدات الحكومة والقطاع العام .

* ان تتضمن سياسات الاستخدام – بالاضافة الى توسيع فرص العمل لتحقيق الاستخدام الكامل – اتخاذ التدابير والوسائل الكفيلة بحماية العمال من خطر التعطل ، وحصر التغيرات غير المناسبة للعمل

عند أدنى حد مستطاع .

* ان توجه عناية خاصة لاصدار تشريع متكامل للثروة البشرية ، اعدادا وتنمية وتدريبا على ان يتضمن هذا التشريع بصفة خاصة مايأتى :

- تنظيم التلمذة الصناعية .

- نظاما مرنا ومتكاملا للحوافز .

- ان يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه .

وعلى ضوء ماسبق يوصى بمايأتى :

* اعتبار البعد المكانى / السكانى هدفا رئيسيا لاستراتيجية التنمية بما يحقق التوازن المتمثل فى نمط للتوطن السكانى والاقتصادى يخدم اهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

* دفع الطاقة الاستيعابية وترشيد استخدام الموارد المادية والبشرية من خلال اصلاح البنية الاساسية ودعمها .

* دعم القدرة الذاتية للاقتصاد المصرى لتحقيق استمرارية التنمية تأكيدا لمبدأ الاعتماد على الذات ، ولما كانت الموارد البشرية جزءا من الموارد الاقتصادية فان تنميتها تمثل ضرورة فى المجتمعات ذات الوفرة السكانية ، عن طريق رفع نسبة قوة العمل الى اجمالى السكان وبالتالى خفض معدل الاعالة وزيادة الانتاجيـــة مع التركيز على حسن استخدامها ، من خلال توفير القدر الملائم من المهارات والتعليم والسلوكيات ، حتى يتحقق التوازن بين نوعيات الموارد الاخرى غير المتاحة .

* وضع سياسات متوازنة مع هيكل متوازن للعمالة وسوق العمل تحقيقا لمستوى معيشى أفضل (كما ونوعا) للكثرة من افراد المجتمع ، حيث ان هناك ارتباطا وثيقا بين هيكل وتركيب قوة العمل وأنماط الاستخدام وتوزيع تلك العمالة وظيفيا وقطاعيا وجغرافيا وبين هيكل توزيع الدخول فى المجتمع .

* اعتبار تخطيط الاجور جزءا متكاملا مع عملية التخطيط الشامل للتنمية الاقتصادية والاجتماعية . وتستهدف هذه السياسة التخطيطية للاجور العمل على :

- ضرورة ربط الاجر بالانتاج بعدم السماح باتباع معدل للاجر يزيد عن معدل الزيادة فى متوسط الانتاجية ، وذلك وفقا لمعدلات الأداء المتعارف عليها حتى يمكن تحقيق فائض اقتصادى كاف للاستمرار فى تمويل التنمية والوفاء بالالتزامات الخارجية المتزايدة . ويقتضى ذلك ضرورة أن تتضمن السياسة الاجرية سياسات واضحة وفعالة للحوافز الدافعة لزيادة الانتاج .

* اتباع منهج التخطيط طويل المدى مع مستخرجات التعليم والتدريب (التأهيل) فنيا وزمنيا - بتطوير اساليبها على ضوء قوة العمل ، بحيث تستهدف الخطة استيعاب الأعداد المتزايدة من العمالة الجديدة والخفض التدريجى لعدد المتعطلين الى جانب تحديد نوعية المهن المطلوبة بمايمكن أجهزة التعليم والتدريب والتأهيل من تنظيم وترتيب أساليب أدائها ، بهدف تحقيق التوازن العددى والنوعى بين العرض والطلب عليها دون اختناقات أو فوائض غير مرغوب فيها .

* اتخاذ نظم الحوافز وسيلة لتنفيذ السياسات المطلوبة للتوزيع الجغرافى للقوى العاملة بعد أن اثبتت الدراسات أن القوى العاملة فى مصر تتمتع بحركة كبيرة لاتتفق مع ما يشاع عن ارتباط المصرى بأرضه ارتباطا يمنعه من الانتقال الى أى مكان آخر .

* ايجاد سياسات استثمارية فى اطار مؤسسى متكامل حتى يمكن خلق فرص عمل حقيقية جديدة .

* وضع السياسات الكفيلة بتنظيم وحسن توجيه الهجرة الداخلية والخارجية حتى يمكن أن تكون أحد الحلول المتاحة لمشكلات العمالة فى مصر ، وتحقيق التوازن بين المكان والسكان داخليا ، وبين العائد منها واحتياجات السوق الداخلية مع اطلاق عدد سنوات الاعارة والاحتفاظ

بحقوق المعار لدى انتهاء اعارته دون تحقيق انتقاص ، وكذلك اطلاق الاجـــازات الخاصـة بدون مرتب ، دون الزام الطالب بالتقدم بأسباب طلبه .

* ضرورة المواءمة بين التشريعات التى تصدر وبين سوق العمل من خلال توجيه أداء الاطار المؤسسى والتشريعى لسوق العمل ، وأن تقوم الحكومة بترشيد تدخلها المباشر فى سوق العمل مثل نظام القوى العاملة (تشغيل الخريجين) والتكليف بالعمل .

* الاهـتمـام بـالقـطـاع الخاص وعلى الأخص القطـاع الزراعى (لاسيما غير المنظم أو غير الرسمى أو الهامشى) لقدرة هذا القطاع على استيعاب فائض العمالة وبخاصة فائضها من العمالة الريفية ، والحد من تيارات الهجرة الداخلية مع رفع مستويات دخول العاملين به الى جانب انه يتسم بـانـخفـاض رءوس الاموال اللازمة لبدء العمل والتوسع فيه .

* توفير قاعدة للبيانات والمعلومات فيما يتعلق بشكل وموجهات العلاقة بين تنقل العمالة وبين الاختلالات فى سوق العمل ، من خلال اضافة بعض الاسئلة لتعدادات السكان المستقبلية ، ولبحوث القوى العاملة بالعينة التى يجريها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، هذا من خلال اجراء المسوح بالعينة المتخصصة فى هذا المجال ، وذلك لسد الفجوات الموجودة بالنسبة لمايلى :

- قياس تنقل العمالة بين المهاجرين والعوامل التى ساعدت عليها ، ومقارنة ذلك بالجمود النسبى الذى ساد سوق العمل المحلية وأدى الى حدوث عدم التكيف .

- تنقل العمالة من القطاع الحكومى الى القطاع غير المنظم ، عن طريق الحصول على وظيفة ثانية .

* أن توجه وسائل الاعلام - وخاصة التليفزيون - عنايتها لابراز أهمية العمل وقيمته ، مع التركيز فى ذلك على قيمة العمل اليدوى ، وأن يتم ذلك بصفة رئيسية من خلال الاعمال الدرامية وليس بالاعلام المباشر وحده .

مساهمة المرأة فى قوة العمل

أوصت المؤتمرات الدولية والمحلية الخاصة بالمرأة والأسرة ، والتى عقدت فى مناسبات عديدة ، وفى دول ومنظمات ومناسبات دولية مختلفة ، منذ عام ١٩٦٤ وحتى الآن - بضرورة الاهتمام بحل مشكلات عمالة المرأة ، وأهمية ادراك وتقدير الظروف الاجتماعية المتغيرة والمترتبة على استغال النساء خارج منازلهن ، وتزايد عددهن كجزء أساسى ومهم فى قوة العمل . وضرورة التوفيق بين مسئولياتهن المزدوجة فى الأسرة والعمل . وبالتالى ضرورة رسم السياسات المناسبة لكل دولة بهدف انشاء وتطوير الخدمات التى تمكن النساء من الوفاء بمسئولياتهن فى العمل كقوة منتجة هامة لايمكن تجاهلها ، وفى المنزل كصانعات لأجيال المستقبل .

وتعتبر السن الحرجة للمرأة العاملة المتزوجة مابين ١٨- ٤٠ سنة فهى سن الزواج والانجاب وتربية الأطفال حتى دخولهم مدارس المرحلة الاساسية الالزامية ، وتبلغ مدة المرحلة فى المتوسط مابين ٨ - ١٥ سنة ، تكون الفتاة عادة قبلها متفرغة للتعليم ، وبعدها تصبح عضوا فى سوق

العمل ، لديها الشعور بالمسئولية والادراك والوقت للمشاركة فى الانتاج أو وقت فراغ يجب استثماره فى العمل الاقتصادى المفيد . وبالتالى ينبغى تشجيع الدراسات والبحوث الجادة لأفضل الوسائل لرعاية المرأة العاملة خلال هذه الفترة ، لتعطى الاهتمام الاول لواجباتها ومسئولياتها الأسرية ، مع تخفيف الضغوط الاقتصادية التى تواجهها فى تلك الفترة التى تقل فيها قدراتها وانتاجيتها وتتحدد اهتماماتها .

من أجل هذا قام المجلس بدراسة موضوع مساهمة المرأة فى قوة العمل على ضوء التقرير المطول لأوضاع المرأة العاملة ، والذى تضمن بيانا بأهم المشكلات والصعوبات التى تواجه المرأة العاملة فى مصر لمشاركة الرجل فى العمل فى مختلف الأنشطة التى يتطلبها سوق العمل ، والذى أوضح وسائل العلاج الرئيسية لمواجهة هذه المشكلات والصعوبات ، بما يتيح للمرأة العاملة المساهمة الفعالة فى زيادة الانتاج ورفع الانتاجية ، وهو الهدف المحورى فى المرحلة الراهنة والذى يتعين أن توجه اليه جهود كافة المواطنين القادرين على العمل رجالا ونساء .

على أنه بالنسبة للاحصاءات والبيانات التى عول عليها التقرير المطول ، والتى افسح لها مكانا بارزا - فقد اعتمد فيها على المصادر الرسمية المتاحة فى هذا الصدد ولايقدح فيما انتهى اليه استخلاصا منهـا مـن دلائـل واستنتاجـات أن بعضهـا عـن سنـوات سابقة .

وقد هدف التقرير بصفة اساسية الى تحقيق مستقبل أفضل ينمى الفترة الانتاجية للمرأة - نصف المجتمع - ويساعدها فى نفس الوقت على أداء رسالتها الطبيعية الأسرية فى ظل التقاليد الاجتماعية والثقافية السائدة فى هذا المجتمع المصرى ، مع الأخذ فى الاعتبار باتجاهات التطور العالمى فى الصدد والظروف الاقتصادية والتطلعات المستقبلية المتوقعة .

التوصيات

وعلى ضوء ما جاء بالتقرير المطول وما أسفرت عنه مناقشات المجلس بصدده يوصى بالآتى :

* وضع خطة قومية لمحو أمية المرأة بصفة عامة ، والبدء بصفة خاصة بمن هن فى سن العمل والانتاج والانجاب ، وتحديد مدى زمنى معين لتنفيذ هذه الخطة .

فالأم المتعلمة أقدر ما تكون على تحمل مسئولية تنمية الانسان وتنشئته ورعاية وتكامل تكوينه ، وفى نفس الوقت أقدر ماتكون على توفيق أوضاعها وأنشطتها المزدوجة فى العمل والانتاج داخل وخارج المنزل . على ان يشارك فى رسم وتنفيذ هذه الخطة المؤسسات الحكومية والانتاجية والاهلية المعنية ، مع تحديد واضح للأدوار والمسئوليات ومتابعة التنفيذ والنتائج ، ويمكن فى هذا الصدد الأخذ بالخطة القومية لمحو الأمية التى أعدها المجلس القومى للتعليم فى دورته الثانية .

* دراسة وتطوير مجالات تعليم المرأة ، سواء فى مجالات تقليدية أو غير تقليدية تتناسب مع طبيعتها الانسانية وظروفها الاجتماعية الأسرية وأوضاعها الاقتصادية وقدراتها والبحث عن مجالات عمل وانتاج جديدة لها تكون فيها اكثر تفوقا وأغزر انتاجا ويمكن فى هذا الصدد الأخذ بالتوصيات المتفرقة التى صدرت عن المجلس القومى للتعليم فى دوراته السابقة (السادسة ، الثامنة ، التاسعة ، العاشرة ، الحادية عشرة ، الثانية عشرة) .

* ضرورة فتح مجالات التدريب المهنى امام المرأة فى مختلف مراحل حياتها ، بهدف استمرار اكتسابها واتقانها للمهارات والمعارف والقدرات التى تتناسب مع ميولها وامكاناتها وقدراتها فى المهن والاعمال التقليدية وغير التقليدية التى ترغب فى العمل بها ، داخل أو خارج المنزل ، وبما يتفق واحتياجات وظروف البيئة والمجتمع مع توفير فرص التدريب العادى والمتقدم وفق احتياجات مجتمعات المرأة وسوق العمل المحلى

والخارجى ، سواء فى مراكز خاصة بها أو مراكز مشتركة وتقنين مستويات مهاراتهن بعد التدريب لامكان حصولهن على فرص عمل مناسبة .

* تطوير أنشطة ومراكز التدريب المهنى المختلفة (مراكز التكوين المهنى ، مراكز تدريب الاسر المنتجة ، مراكز جمعيات تنمية المجتمع ، مراكز تدريب الشركات الصناعية ، وغيرها) بما يتفق واحتياجات تدريب المرأة فى المهن المناسبة لها والتى يحتاجها سوق العمل فى البيئة المحيطة بهذه المراكز وجعلها مراكز اشعاع اساسية تقدم الخدمات التدريبية والاستشارية والتصميمات والرسومات الجديدة وغيرها وتتيح فرص التدريب المناسبة للمرأة داخل المنزل (بواسطة مدربات متخصصات ، أو استخدام وحدات تدريب متنقلة أو انشاء وحدات تدريب متقدمة فى القرى والنجوع النائية ولأعداد محدودة ولفترات مؤقتة وغير ذلك من أساليب ونظم تتيح التدريب لمن يرغب من النساء والاطفال فى أصغر وحدة ادارية) ويمكن الاستفادة من تجارب دول كثيرة فى مثل هذه النظم ، وكذلك من المنح والمعونات الأجنبية .

* التوسع فى نشاط الأسر المنتجة وتعميم مشروعاتها فى الريف والمدن ، وتنويع مجالات عملها وانشطتها وانتاجها ، وتوفير فرص العمل وتطوير وتحديث هذه المنتجات والأدوات المستخدمة فيها ، والتى تحقق بجانب الوفرة الدقة والذوق والكفاءة .

* حصول المرأة العاملة على اجازة وضع ورضاعة لمدة حولين كاملين مع تناولها مايوازى اجرها اثناء هذه المدة فى صورة قرض حسن يسدد على أقساط شهرية حتى سن المعاش على أن يمنح هذا القرض عن ميلاد طفلين فقط مما يساعد على استقرار اقتصاديات الأسرة خلال هذه المرحلة الهامة فى حياة المرأة العاملة المتزوجة ، وكذلك فى حياة جيل المستقبل .

* الزام جهات العمل المختلفة بالتوسع فى تكوين شبكة مواصلات لتنقل العاملين بها من أقرب نقطة تجمع لمنازلهم الى مقار أعمالهم ، مع أعطاء أولوية الاشتراك للمرأة المتزوجة ويمكن ان يساهم فى هذا النشاط بنك ناصر الاجتماعى والبنوك المختلفة وجمعيات أو روابط العاملين فى هذه الجهات مع توفير القروض الميسرة لتمويل هذا النشاط .

* تنشيط حركة الرائدات الريفيات وتحسين مستواهن الثقافى والفنى من أجل القيام بأعمال التوعية الثقافية والصحية والاسرية بين النساء فى الريف والاهتمام بانشاء مزيد من النوادى النسائية لاكساب المرأة المهارات اللازمة لتطوير وتنويع وتوسيع مشاركتها فى الانتاج الزراعى والمنزلى ، سواء للاستخدام الخاص أو للحصول على دخل اضافى منه .

* تعميم انشاء دور الحضانة بالمستوى الصحى والعلمى المناسب ، بحيث يتوفر مكان فيها لكل طفل أنهى الرضاعة وتكون هذه الدور معدة الاعداد اللائق والمناسب ، متوفرا بها الشروط الصحية والتجهيزات اللازمة والكفاءات المؤهلة للعمل فيها وادارتها والاشراف عليها مع توزيعها جغرافيا حسب احتياجات كل حى أو منطقة ، حيث ان هذه المرحلة من حياة الطفل تعتبر من أخطر المراحل فى تكوين شخصيته المستقبلية .

* الاهتمام فى البرامج الاذاعية والتليفزيونية والاعلامية بمناقشة علاج مشكلات المرأة العاملة ، وفتح مجالات العمل المناسب لها وتطويرها وزيادة فرصها المستقبلية . باعتبار أن هذه البرامج تلعب دورا هاما فى عملية التنفيذ والتطوير والتجديد بما تقدمه من مادة اعلامية وثقافية ، ومن دراسات وتجارب ونتائج من خلال البرامج ، بجانب ما لهذه البرامج من تأثير فعال لاحداث التطوير المطلوب فى تثقيف المرأة وتفهمها لدورها الاسرى وامكاناتها الانتاجية وأنشطتها العملية فى المجتمع .

سياسة الأجور والأسعار

تمثل قضية ربط الأجور بالأسعار فى مصر ، تحديا اقتصاديا حقيقيا بكل ما تعكسه هذه القضية الهامة من آثار سلبية .

وقد عانى الاقتصاد المصرى من الافتقار الى سياسة تخطيطية للاجور والأسعار ، يمكن بواسطتها تحقيق التوازن بينهما . وقد لجأت الدولة – منذ الخمسينات – الى الدعم كوسيلة بديلة لتحقيق هذا التوازن . ومع مرور الاعوام تضخمت اعتمادات الدعم بحيث اصبحت تشكل عبئا ثقيلا على ميزانية الدولة ، فى ذات الوقت الذى لم يحقق الدعم الغرض المرجو منه وانما أصبح عرضة للكثير من أنواع التلاعب واستخدامه كوسيلة من وسائل ترويج عمليات السوق السوداء التى ذهبت بأموال الدعم الى غير مستحقية مما أدى الى تصاعد مستمر فى الأسعار .

وقد يتطلب الأمر إحداث تغيير جذرى شامل فى العوامل المؤثرة فى سياسات الأسعار والأجور كعلاج للخلل فى العلاقة بين التكلفة والسعر وتحقيق استقرار سعرى على أساس التكلفة الاقتصادية ، واعادة النظر فى الدعم المخصص لتثبيت السلع الأساسية ، واتخاذ التدابير الوقائية لوقف الارتفاع العشوائى للاسعار . مما يقتضى بحث متغيرات الأسعار وسياسات الأجور وكيفية التوازن بينهما ، ويخلص ذلك فى النقاط الآتية :

أولا : تغيرات الأسعار :

تخضع حركة الأسعار لكثير من المؤثرات الخارجية والداخلية تتصل بالتجارة الدولية وسوق النقد الدولى من ناحية وبمستوى الدخول وقوى العرض والطلب السلعى والتباين فى توزيع الدخول ومعدلات تزايد السكان من ناحية أخرى وذلك بالاضافة الى عوامل تخرج عن ارادة الانسان وتؤثر فى قوى العرض السلعى كالعوامل الطبيعية التى تؤثر على حجم المحاصيل الزراعية ، وتلك التى تؤثر على كمية الطاقة المستخرجة من المصادر الطبيعية ، لذلك تركز سياسة الأسعار على محاولة توجيه حركتها بصفة عامة لتكون متوازنة مع حركة الأجور . وفى اطار هذه السياسة قد تلجأ الدولة الى أحد نظامين :

« سلة الأسعار » ، وذلك بتثبيت أسعار بعض السلع الأساسية أو خفض نسبة زيادتها مع تحملها الفرق بين السعر الحقيقى وسعر السوق وهو مايطلق عليه الدعم وبهذا تعتبر سياسة الدعم جزءا لايتجزأ من سياسة الأجور والأسعار وليست سياسة قائمة بذاتها ، وهو ما كانت تلجأ إليه الدولة فى الفترة الماضية . أما النظام الآخر فهو :

« السلم المتحرك » وذلك برفع الأجور النقدية بما يقابل معدلات ارتفاع الأسعار طبقا لنسب وشرائح مدروسة – وهو ماتحاول أن تلجأ اليه الدولة حاليا .

ولقياس التغيرات التى تطرأ على أسعار السلع والتعرف على اتجاهات الأسعار فى الأسواق ، تستخدم الأرقام القياسية لأسعار المنتجين وأسعار الجملة وأسعار المستهلكين ، وتفيد دراسة الأرقام القياسية لهذه الأسعار فى معرفة ما يأتى :

– القوة الشرائية للنقود ، بالنظر الى أن هذه القوة تتناسب تناسبا عكسيا مع الرقم القياسى للاسعار.

– قياس التغير فى أعباء نفقات المعيشة على فترات دورية كنتيجة للتغير المستمر فى مستويات الأسعار .

– قياس مدى التغير فى الأجور الحقيقية للعاملين وذلك بقسمة

الأجور الجارية على الرقم القياسى لاسعار المستهلكين .

– عمل الحسابات القومية لتخليص الدخل « والمجاميع القومية » من أثار تغير الأسعار .

وتوضح المؤشرات المستفادة من البيانات الأخيرة التصاعد المستمر فى معـــدلات زيادة الأسعـــار ، بما يتجاوز قدرات مختلف الفئات والأفراد .

هذا وتعتبر السياسة المالية فى الفترة الماضية أحد العوامل الرئيسية فى تصاعد الموجة التضخمية ، نظرا لاعتماد هذه السياسة على الأذون الحكومية فى تغطية الاصدار النقدى والاستمرار فى تطبيق سياسة التمويل بالعجز .

أما فى مجال القوى المؤثرة على الأسعار فان الارتفاع المنظم والمطرد قد يكون من بين أسبابه السياسة غير الواضحة التى تتبعها الدولة فى ضبط الأسعار حيث تخضع أسعار بعض السلع لرقابة صارمة ، فى حين تترك سلع أخرى دون أية رقابة مما يؤدى الى ارتفاع أسعارها دون ضوابط . كما أن السياسات التى اتبعت خلال الفترة الماضية ، كرفع أسعار الفائدة على القروض مع تحميل أعبائها على تكلفة الاستثمار وقرارات فرض الضريبة على الاستهلاك وفرض الكثير من الرسوم الأخرى – كل ذلك أدى الى المساهمة فى تصاعد موجة الأسعار اضافة الى ماأحدثته هذه القرارات من أثر نفسى على حركة السوق ، مماأدى الى استمرار الدورة التصاعدية للاسعار .

ثانيا : سياسات الأجور الحالية :

تعد سياسة الأجور من أهم السياسات التى يجب التخطيط لها داخل الاطار العام للتخطيط الاقتصادى الاجتماعى الشامل باعتبارها المصدر الأساسى للكسب لغالبية الأفراد فى المجتمع أيا كان نظامه الاقتصادى والسياسى . ومن المسلم به أن الأجور فى جملتها هى نصيب عنصر العمل من عائد الانتاج ممثلا فى كل ما يحصل عليه العامل من أجر وبدلات وحوافز ومنح ، وخدمات وتيسيرات عينية كالمسكن والمواصلات والوجبات الغذائية ونفقات العلاج ، وغيرها ، وبهذا ينظر الى اجمالى الأجور مقارنا بمجموع الدخل القومى – كمقياس لتوافر العدالة الاجتماعية بوجه عام . وتتراوح هذه النسبة فى مختلف الدول مابين ٣٠٪ و ٧٠٪ وقد تتجاوز ٧٠٪ فى بعض الدول الرأسمالية المتقدمـــة . وتعتبر الأجور من العوامل الرئيسية المحدثة للرواج والرخاء وتتأثر باعتبارات وعوامل عديدة كالانتاجية وتكاليف المعيشة وعوامل التضخم ، ولذلك فان من أهم مقومات سياسة الأجور متابعة حركة كل من الأجور النقدية والأسعار على فترات دورية ، والعمل على تحقيق التوازن بينهما . وتتطلب هذه المتابعة توافر الاحصائيات الدقيقة الخاصة بكل من الأجور والأسعار ونفقات المعيشة . وسياسة الأجور الحالية فى مصر بحاجة الى التخطيط المحكم ، حتى يتم تمويل زيادة أجور العاملين من مصادر تمويل حقيقية كما أن نظام الحوافز المعمول به حاليا لا يحقق الغرض منه ، حيث لايرتبط فعليا بزيادة انتاجية العامل بل يتخذ فى الواقع كاجراء تصحيحى لمعالجة القصور فى سياسة الأجور .

هذا وقد تطورت الأجور منذ عام ١٩٧٤ من خلال عدد من التعديلات التى اجريت فى الأعوام ١٩٨٠ ، ١٩٨١ ، ١٩٨٣ ، ١٩٨٤ ، حيث تراوحت نسبة الزيادة فى الحد الأدنى لأجور العاملين بالقطاعين الحكومى والعام مابين ٦ ، ١٦ ٪ – ٢ ، ٣٣ ٪ ، وهى معدلات نمو معقولة نسبيا ساهمت فى رفع متوسط معدل الزيادة السنوية خلال الفترة كلها بنسبة ٩ ، ١١٪ كما ساهمت فى تعديل الحد الأدنى للاجور مرتين الأولى خلال عام ١٩٨٠ حيث ارتفع الحد الادنى بنسبة ٦ ، ٦٦٪ ، والثانية حين زاد هذا الحد حوالى ٢٥٪ عام ١٩٨١ وعلى الرغم من هذه الزيادات فى الأجور فانها لم تواكب الزيادة فى نفقات المعيشة ، والتى بلغ متوسط معدل النمو السنوى لها خلال نفس الفترة حوالى ١٥٪ ، وقد كان لهذا

الوضع تأثيره على انخفاض القيمة الحقيقية للاجور اذ بلغت نسبة الزيادة فى الحد الأدنى النقدى للأجور فى القطاعين الحكومى والعام حوالى ٩١٪ ، وفى القطاع الخاص حوالى ١٠٨ ٪ ، وذلك مقابل ارتفاع الأرقام القياسية لأسعار المستهلكين بنسبة ٢٧٢,٢٪ خلال عشر سنوات بالمقارنة ما بين عامى ١٩٧٤ - ١٩٨٤ .

ويلاحظ تغير جميع هذه المعدلات فى السنوات الأخيرة ، بما يفوق كل التصورات .

وتشير الأوضاع السابقة الى أهمية إعادة النظر فى سياسة الأجور الحالية وتصحيح مسارها وتطبيق سياسة جديدة ، تؤدى الى زيادة النشاط الاقتصادى وترتبط بالانتاج وتواجه التضخم ، وتحول دون تسرب الكفاءات وتحقق الاستقرار الاجتماعى ، وفى هذا الصدد يمكن أن تحدد الأجور على أساس نسبة معتدلة من مجموع الدخل القومى ، حيث تتراوح هذه النسبة - كما فى العديد من الدول الصناعية - مابين ٤٠٪ و ٧٠٪ من مجموع الدخل القومى ، كما أن قرارات رفع المرتبات يجب أن تتواكب مع الزيادة فى الانتاج ، تلافيا للآثار التضخمية ، مع الأخذ فى الاعتبار ارتباط سياسة الأجور والأسعار بالعديد من المتغيرات المتلاحقة .

ثالثا : التوازن بين الأجور والأسعار :

ان دراسة التوازن بين الأجور والأسعار لابد أن تراعى البحث عن الصيغة الملائمة للربط بين الأجور والانتاجية من ناحية ، وبين الأجور والاسعار من ناحية أخرى بهدف الوصول الى وضع معايير دقيقة للتسعير الحقيقى للأجر ، ويستدعى هذا تدخلا من الدولة فى العوامل المؤثرة فى العرض والطلب السلعى كزيادة الانتاج والحد من التزايد السكانى ، وترشيد الاستهلاك ، والتقليل من الاستيراد ، ويتطلب كل من هذه العوامل اهتماما وجهودا فعالة لتقييم وتصحيح مساره وعلى سبيل المثال - فإن عامل زيادة الأنتاج كانشاء البنية الأساسية ، واصلاح الهياكل التمويلية للوحدات الانتاجية ، وتطوير أساليب ونظم الادارة ، وتطوير معدلات الاداء ، والتخلص من العمالة الزائدة وتهيئة السبل لايجاد فرص عمل جديدة ، أمر يتطلب خططا طويلة الأجل ، ويفرض فى الوقت نفسه تحركا سريعا لتقريب الفجوة بين الأجور روالأسعار من خلال تصحيح الاختلالات السعرية ، وامتصاص القوة الشرائية لاصحاب الدخول الطفيلية ، ووضع قواعد ومعايير لتسعير السلع والخدمات على أساس التكلفة الاقتصادية وتحديد القيمة الحقيقية للأجور والحفاظ عليها ، وزيادتها زيادة مخططة ومدروسة ، تراعى الارتفاع المستمر لنفقات المعيشة ، وانخفاض القوة الشرائية للنقود وحجم التضخم .

التوصيات

وعلى ضوء ماسبق ومأسفرت عنه مناقشات المجلس يوصى بالآتى :

- بالنسبة لسياسة الأجور :

* العمل على زيادة الانتاج وتحقيق معدلات مرتفعة للنمو فى ظل الاستقرار النقدى مع خفض معدل التضخم وزيادة معدل الادخار والاستثمار .

* الربط بين زيادة معدلات الاجور وزيادة معدلات الانتاج ، داخل الاطار الشامل لخطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

* أن تتضمن سياسة الأجور الجديدة نظاما فعالا للحوافز الدافعة لزيادة الانتاج فى ظل تطبيق نظام مرن للوحدات الانتاجية لتنفيذ سياسة الحوافز .

* ان تستهدف سياسة الأجور رعاية حقوق العاملين على ألا تستخدم هذه السياسة كوسيلة لإجبار أصحاب الأعمال على دفع أجور عالية لا تتناسب مع الانتاجية ، حتى لايتأثر الاستثمار بالقطاع الخاص وينكمش الطلب على عنصر العمل .

* اتباع سياسة مرنة للأجور تأخذ بعين الاعتبار الوحدات الانتاجية

والخدمية ذات الطبيعة الحساسة ، لرفع كفاءة الانتاج فى هذه الوحدات وتقليل الضغط والاغراءات المالية التى قد يتعرض لها العاملون بها .

– بالنسبة لسياسة الأسعار :

تقتضى مواجهة ظاهرة ارتفاع الاسعار رفع معدلات الانتاج وزيادة المعروض من الانتاج السلعى حتى يتوازن مع القوة الشرائية المطروحة فى السوق ، ويستلزم ذلك رفع مستوى الاستثمارات من خلال العديد من السياسات والاجراءات التى يأتى فى مقدمتها الاستمرار فى تدعيم البنية الأساسية التى تعتبر اللبنة الأولى لانطلاق مشروعات التنمية ، وتهيىء أفضل الظروف لزيادة الاستثمارات .

* دعم المشروعات الانتاجية ، كى تأخذ دورا قياديا وفعالا فى السيطرة على الأسعار وتطبيق سياسة سعرية مناسبة تراعى التكلفة الاقتصادية وهامش ربح مناسبا .

* ترشيد استخدام القروض الاجنبية ، وتذليل المعوقات المالية والادارية والاقتصادية التى تعوق استيعابها واستخدامها الاستخدام الأمثل . على أن تتحمل الدولة القروض الأجنبية الخاصة بانشاء البنية الأساسية ، وتتحمل الشركات القروض التى تحصل عليها لشراء مستلزمات الانتاج .

* تنشيط دور الجهاز المصرفى فى التنمية الاقتصادية وزيادة فاعليته ، وذلك عن طريق مساهمة البنوك فى تمويل مشروعات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتوجيه المدخرات القومية المودعة بها إلى المشروعات الانتاجية .

* الاسراع فى اصلاح الهياكل المالية للشركات المتعثرة ، وذلك بحل مشكلة ديون هذه الشركات والعمل على رفع كفاءتها الانتاجية حتى يمكنها أن تؤدى دورا هاما وحيويا فى استقرار السياسة السعرية على أسس اقتصادية .

* الحد من تمويل الموازنة العامة للدولة بالعجز لعملية الاستثمار ، وضبط عرض النقود للحد من آثار التضخم .

* اعادة النظر فى تشريعات الضريبة باتباع نظام ضريبى حازم منضبط ، يتعامل مع الدخول الطفيلية لامتصاصها ووقف تأثيرها على مستوى الأسعار العام .

* العمل على تحقيق أهداف خطة التنمية وخفض معدلات التضخم ، وذلك بتحقيق التنسيق والتكامل بين السياسات المؤثرة فى خفض معدل التضخم ، و على الاخص سياسة الأجور وسياسة توزيع الدخل القومى وسياسة ترشيد الاستهلاك والسياسات المالية والنقدية والائتمانية ، وسياسة الكفاية الانتاجية ، وسياسة التجارة الخارجية .

* الحد من الارتفاع العشوائى للاسعار بمختلف الوسائل ، مع أهمية استمرار الرقابة الفعالة على الأسواق وتنشيط دور المستهلك فى مراقبة الاسعار والاستعانة فى ذلك بوسائل الاعلام .

الكشاف الموضوعى

القسـم الأول : الاسكان والتعمير

القسم الثانى : السياسة السكانية

المحتوى

٤ – الشباب والرياضة

٥ – القوى العاملة

مطبـــوعــــات
المجالس القومية المتخصصة
- ٢٥٤ -

القاهرة
١٤١١ هـ - ١٩٩٠ م

صدر من هذه الموسوعة :

- المجلد الاول : الزراعة والرى
- المجلد الثانى : الصناعة
- المجلد الثالث : السياسات المالية والاقتصادية
- المجلد الرابع : النقل والمواصلات ، والتموين والتجارة الداخلية
- المجلد الخامس : السـياحة
- المجلد السادس : التعليم العام والفنى
- المجلد السابع : التعليم الجامعى والعالى
- المجلد الثامن : التعليم الأزهرى - البحث العلمى والتكنولوجيا - محو الأمية وتعليم الكبار - القوى العاملة
- المجلد التاسع : العدالة والتشريع - التنمية الادارية - الرعاية الاجتماعية - الادارة المحلية
- المجلد العاشر : الاسكان والتعمير - السياسة السكانية - الخدمات الصحية - الشباب والرياضة - القوى العاملة

تحت الطبع :

المجلد الحادى عشر : ويبدأ بالثقافة

The Specialized National Councils

have been established according to Article 164 of the Constitution of the Arab Republic of Egypt, in order to " assist in formulating a stable general policy in all fields of national activity".

They consist of:

-The National Council for Education, Scientific Research and Technology (1974)

-The National Council for Production and Economic Affairs (1974)

-The National Council for Culture, Literature and Information (1978)

-The National Council for Services and Social Development (1979)

المجالس القومية المتخصصة

أنشئت المجالس القومية المتخصصة بموجب المادة ١٦٤ من الدستور لتعاون فى رسم السياسات العامة للدولة فى جميع مجالات النشاط القومى .

وتتكون من :

- المجلس القومى للتعليم والبحث العلمى والتكنولوجيا (سنة ١٩٧٤).
- المجلس القومى للانتاج والشئون الاقتصادية (سنة ١٩٧٤).
- المجلس القومى للثقافة والفنون والآداب والاعلام (سنة ١٩٧٨).
- المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية (سنة ١٩٧٩).

Supervisor General : Dr Mohamed Abdel Kader Hatem

المشرف العام : د . محمد عبد القادر حاتم

Secretary General, Chancellor : Mr. Talaat Hammad

الأمين العام : المستشار طلعت حماد

Address: 1113 , Nile Corniche St. , Cairo. Egypt

العنوان : ١١١٣ كورنيش النيل - القاهرة.